

2022 年度 博士学位論文

患者主導型がんサロンの効果に関する
実証的研究

龍谷大学大学院 社会学研究科

博士後期課程 社会福祉学専攻

中 村 明 美

目 次

はじめに.....	1
第1章 研究の背景	
-がん患者の実態とがんサロンの現状-	9
1-1. がん患者を取り巻く状況.....	9
1-1-1. がん患者数.....	9
1-1-2. がんの医療費.....	10
1-1-3. がん対策と財政.....	11
1-1-4. がん患者運動とがん政策の流れ.....	13
1-2. がん患者への相談支援の現状と課題.....	16
1-2-1. 生存率上昇と自己管理の重要性.....	16
1-2-2. がん患者への地域支援.....	16
1-2-3. がん患者への支援体制・相談支援.....	17
1-2-4. 同病者支援の必要性とがんサロンの位置づけ.....	19
1-3. がんサロンの概要.....	19
1-3-1. がんサロンの定義と法的根拠.....	19
1-3-2. 全国のがんサロンの設置状況.....	21
1-3-3. がん以外の他疾患サロンとがんサロンの歴史的背景.....	24
1-3-4. 患者主導型がんサロンを含めた4つの運営タイプのがんサロンの形態.....	27
1-3-5. 患者主導型がんサロンの世話役の活動.....	29
1-4. がんサロンの先行文献の研究.....	30
1-4-1. 日本におけるがんサロンの先行文献の研究.....	30
1-4-2. 海外におけるがんサロンに類似する活動の先行文献の研究.....	31
1-4-3. がんサロンの近似用語.....	32

第2章 研究の目的と意義

-患者主導型がんサロンの効果の実証的研究方法を中心に-	46
2-1. 研究の目的	46
2-2. 研究の仮説	47
2-3. 研究方法	47
2-3-1. 対象	47
2-3-2. 研究期間	48
2-3-3. 分析方法	48
2-4. 島根県の患者主導型がんサロンを対象にした理由	48
2-4-1. 島根県が本研究に適している理由	48
2-4-2. 島根県の概要とがん医療の現状	50
2-4-3. 島根県のがん患者運動とがん対策の歴史的背景	51
2-4-4. 患者主導型がんサロンの開設と 同病者支援のリーダー的存在の世話役の誕生	55
2-4-5. 島根県の患者主導型がんサロンの形態（2005年から2020年まで）	57
2-4-6. 島根県の患者主導型がんサロンの形態別の活動の場と後方支援	58
2-5. 研究の意義	60
2-6. 本研究に関する用語の整理と定義	61
2-7. 研究の構成	62

第3章 患者主導型がんサロンにおけるがん患者の話題の類型化

3-1. 調査目的	72
3-2. 調査方法	72
3-2-1. 対象	72
3-2-2. 調査期間	73
3-2-3. 分析方法	73
3-3. 倫理的配慮	77
3-4. 結果	78
3-4-1. 参与観察した患者主導型がんサロンの概要	78
3-4-2. 基本属性	78
3-4-3. 抽出した話題数	79
3-4-4. 話題の類型化方法のステップ7に至る過程の中分類、大分類の話題数の結果	83
3-4-5. 抽出した話題105件の中分類化	83
3-4-6. 先行文献の11大分類に振り分けられた36中分類	84
3-4-7. 新たな3大分類と6中分類の類型化の獲得	85
3-4-8. 新たな患者主導型がんサロンの話題の14大分類と42中分類の類型化	87
3-4-9. 患者主導型がんサロンのがん患者の105件の話題（要約）と類型化の一覧	88

3-5.	考察.....	88
3-5-1.	14大分類42中分類で示されたがん患者の悩みや日常生活上の課題.....	88
3-5-2.	14大分類42中分類を横断して見受けられた がん患者の生活者としての生活上の課題.....	95
3-5-3.	患者主導型がんサロンの参加者の特徴と世話役の役割.....	98
3-5-4.	患者主導型がんサロンの同病者支援の特徴.....	99
3-6.	第3章のまとめ.....	99
第4章	類型化に基づく患者主導型がんサロンの効果に関する仮説検証.....	109
4-1.	調査目的.....	109
4-2.	調査方法.....	109
4-2-1.	対象.....	109
4-2-2.	調査期間.....	109
4-2-3.	調査対象のがんサロンの選定.....	110
4-2-4.	患者主導型がんサロンの効果の仮説生成.....	111
4-2-5.	調査手順.....	117
4-2-6.	調査項目.....	117
4-2-7.	データ収集方法.....	117
4-2-8.	分析方法.....	117
4-3.	倫理的配慮.....	118
4-4.	結果.....	119
4-4-1.	アンケート回収率.....	119
4-4-2.	基本属性.....	119
4-4-3.	カイ二乗検定による世話役と非世話役の相互の関連性の分析結果.....	121
4-4-4.	二項ロジスティック回帰分析による参加者が世話役になる要因分析の結果.....	121
4-5.	考察.....	126
4-5-1.	同病支援者（世話役）になる可能性を高める要因.....	126
4-5-2.	一般の参加者（非世話役）に留まる可能性を予測する要因.....	128
4-5-3.	支持されるとまではいえなかった要因.....	129
4-5-4.	患者主導型がんサロンの効果が示された要因.....	131
4-6.	患者主導型がんサロンの効果.....	133
4-6-1.	地域における同病者同士の配慮.....	134
4-6-2.	同病者との交流.....	134
4-6-3.	肯定的な心情.....	135
4-7.	第4章のまとめ.....	136

第5章 患者主導型がんサロンの効果	140
5-1. 調査目的.....	140
5-2. 調査方法.....	140
5-2-1. 対象.....	140
5-2-2. 調査期間.....	140
5-2-3. 調査対象のがんサロンの選定.....	141
5-2-4. 分析方法.....	141
5-3. 倫理的配慮.....	141
5-4. 結果.....	142
5-4-1. 患者主導型がんサロンの概要.....	142
5-4-2. 参加者の特徴.....	142
5-4-3. 参加方法と活動内容.....	144
5-4-4. 世話役の活動や役割.....	144
5-4-5. 世話役へのインタビューから見る世話役になる要因.....	146
5-5. 考察.....	148
5-5-1. 患者主導型がんサロンの同病者支援の特徴と効果.....	148
5-5-2. 世話役になる可能性に影響する要因と世話役の活動や役割の関係.....	152
5-5-3. 患者主導型がんサロンの課題.....	154
5-6. 第5章のまとめ.....	156
第6章 総合考察	163
6-1. 患者主導型がんサロンにおけるがん患者の話題の類型化.....	163
6-2. 類型化に基づく患者主導型がんサロンの効果に関する仮説検証.....	165
6-3. 患者主導型がんサロンの効果.....	168
6-4. 本研究の限界と今後の展望.....	172
おわりに	174
附録	
附録1 2018年～2019年 島根県 サロン参加者 調査票.....	付録1
附録2 2018年～2019年 島根県 サロン世話役 調査票.....	付録8
附録3 表1-1 がん対策基本法成立前後のがん患者の動き 参考資料一覧.....	付録15
附録4 表1-3 2021年度の都道府県のがんサロン数と開催場所 参考資料一覧.....	付録18
附録5 表2-3 がん対策基本法成立前後の 島根県のがん対策とがんサロンの関連 参考資料一覧.....	付録37

謝辞

はじめに

日本人が生涯においてがんに罹患する確率は、およそ 2 人に 1 人といわれる。1981 年からの死因のトップは常のがんであり、がんで死亡する確率は男性が 4 人に 1 人、女性は 6 人に 1 人である（最新がん統計 2022）。またがんは老化に伴い発症リスクが高まることから、今後もがん患者の増加が予測されている（がん研究振興財団 2022）。一方、がんの診断や治療法など医学の進歩や健診の普及により、がん患者の生存率も向上している（厚生労働省健康局がん・疾病対策課 2021）。つまり、がんは非常に身近な病気であり、また医学が進歩した現在においても依然、国民の生命や健康に関わる深刻な問題である。

それに付随して、がんの国民医療費の増加も課題となっている（厚生労働省 政策統括官付参事官付保健統計室 2021）。政府は 1990 年代から現在に至るまで、がん医療の高度・専門分化した医療技術を推進している。それとともに、2002 年頃から公的保険の適用範囲を在宅医療や外来診療に広げ、在宅緩和ケアの範囲を拡大した（厚生労働省健康局がん・疾病対策課 2021）。これによりがん医療は入院による治療から外来治療や在宅医療に移行しつつあった。そして、政府は多様ながん治療が受けられるように、自由診療や混合診療の導入なども含めた政策を行った。

在宅医療への対応は、がん患者にとって治療による社会生活の中断を少なくし、自宅で日常生活を営みながら仕事と治療・療養の両立を可能にした（日本がん看護学会 2014）。生存率が向上するということは、長期にわたり患者自身が自己管理をすることが重要となる。一般的にがんは他の慢性疾患とは異なり、治療終了後も長期わたり内服薬などの治療がなく、定期的な経過観察を要する。そのため症状が改善していることがわかると自己判断で中断する患者もいる（再発移転がん治療情報 2016）。患者が検診や受診を継続し、日々の生活習慣の見直しなどの自己管理を行うことは、生存率の向上の重要なカギになってくる。そのためには患者本人だけでなく、家族や職場の協力が必要になってくる。

以上のように、政府はがん患者が質の高いがん医療を受けられる体制を整備しつつ、地域格差なく効率的に医療を分配し、がんになっても尊厳を持って安心して暮らせる地域共生社会を実現する体制作りを急いでいる [注 1]。それとともに住民はがんを個人の課題として捉えるのではなく、社会全体の問題として捉え、がんになっても尊厳を持って安心して暮らせる地域の創生を考える必要がある。

1990 年代の後半には、がん患者は自らの復権のために、政府にドラックラグの問題を訴え、やがて全国でがん患者のネットワークが広がり、がん患者が先導する活動が盛んになった [注 2]。その活動ががん対策基本法の制定をも牽引することになる。さらに、患者は全てを政府に任せるのではなく、地域や医療施設内のがん

ん患者同士の支え合い（同病者支援）の場として、会員要件を設定しない多様ながん患者が参加可能な患者主導型がんサロンを開設していった。

がん対策基本法施行後 2008 年には、がん診療連携拠点病院の整備に関する指針（厚生労働省通知）において、「がん患者及びその家族が心の悩みや体験を語り合うための場を設けることが望ましい」と明記された。また同指針では同病者支援の必要性を認め、政策として推進する方向性を明らかにしている（厚生労働省 2008）。これにより、全国の医療施設内で医療者が主導する医療主導型がんサロンが各地で開設されていた（井上 2017）。

さらに、がん患者の声として、『がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書(2013)』では、がん患者が求めている情報は、治療や後遺症、不安や葛藤、就労や経済など多様であり、それらを共有できる支援として、体験談や同病者の交流を最も求めていることが明らかとなった（「がんの社会学」に関する合同研究班 2016）。つまり、医療が進展し生存率も向上し、がんと共生する現代だからこそ、がんサロンなどの体験談や同病者との交流のあり方は重要な課題になったと考える。

社会福祉領域では、がん患者に対する相談支援や受診・退院支援などの医療ソーシャルワーク [注 3] とともに、在宅医療に対応した地域での同病者の交流など同病者支援を考えることが課題となる。がんは病気の進行度や急変などがあり、介護保険や障害者福祉制度のサービスは利用しにくく、将来の人生設計も立てにくい。またがんに罹ると治療が優先されやすく、生活者という視点が見落とされ、医療専門職の支援の下では専門職と患者という一方向の関連性で捉えられやすい。医療ソーシャルワークでは、がん患者は生活者であることはもとより、同病支援者ともなり得る存在であるのがん患者を捉えることが重要である。

そこで、本研究では同病者支援の重要性の 1 つとしてがんサロンを研究対象とする。がんサロンを対象とする理由は、地域においてがん患者が自発的に参加し自由に交流する場はがんサロンしかないからである。大規模な患者団体や患者組織 [注 4] ではなく、また、医療施設内という組織の中に位置付けられていない。加えて、その医療施設に通う患者用の患者会などの登録制や会員制のような参加要件を持たない患者が集まる場所はがんサロン以外には見当たらない。

がんサロンの先行研究は、医療施設内の医療者が主導している医療者主導型がんサロンの活動報告が多い（上田ら 2013, 岩脇ら 2016, 西ら 2016）。一方、患者が主導している患者主導型がんサロンの研究は少なく（池田ら 2009, 竹田 2011, 原 2013, 田ら 2015, 中村 2012, 2019）、がん患者が自ら運営しているがんサロンの報告（納賀 2010, 佐藤 2011, 小林 2012, 改發 2015）も少ない。さらに、患者などへのインタビュー調査や参与観察調査により、がんサロンの効果を試みる研究もある（中村 2019, 栗栖ら 2018, 井上 2017, 田ら 2015, 後藤 2013）が、がんサロンの効果を実証的に検証する研究はまだない。

がんサロンの効果を評価する研究が少ない理由として、がんサロンに参加しているがん患者と、参加していないがん患者との比較は現実的に難しいことがある。また、死亡率の高いがん患者を対象とした実証的に横断的な研究を実施することが困難とされたためである。

以上のことから、本研究の目的は、医療専門職が運営しない患者主導型がんサロンに注目して、その効果と、そのがんサロンに参加するがん患者が同病支援者となる可能性に影響を与える要因を明らかにすることである。具体的には、がん患者・家族が地域で自発的に開設し、継続的に運営している患者主導型がんサロンの発祥県である島根県全域の「患者主導型がんサロン」をフィールドとして研究を行う。

研究の仮説は、長期継続している患者主導型がんサロンには効果があり、がん患者は支えられる側としての患者の役割だけではなく、同病者を支える同病支援者へとなり得ると設定した。患者主導型がんサロンの参加者のがん患者には自発的に他の参加者を支援する世話役と、一般の参加者の非世話役がおり、参加者（非世話役）の中からリーダー（世話役）の同病支援者が誕生するという事実に着目した（中村2012, 2019）。疫学的手法を用いて両者を比較分析することで、患者主導型がんサロンには効果があることと、さらに、一般の参加者（非世話役）がリーダー（世話役）の同病支援者になる要因を解明することで、患者主導型がんサロンの効果を評価することが可能になると考えた。そのため、医療専門職の介入がない、もしくは少ない島根県の患者主導型がんサロンを研究対象と設定した。

本研究では先行研究とともに、患者主導型がんサロンに集うがん患者の生の声を基に、1. がん患者の話題を類型化する。2. それを基に患者主導型がんサロンの効果の仮説を生成する。3. 仮説からアンケート用紙を作成する。4. 島根県の全医療圏域の患者主導型がんサロン参加者のがん患者にアンケート調査を実施する。5. アンケート調査対象サロンでの参与観察調査と、世話役にインタビュー調査を実施する。これらの2つの質的調査研究、及び1つの量的調査研究からなる研究過程を経る仮説検証研究を実施し患者主導型がんサロンの効果を論じる。

引用文献

- 池田健一郎・若林剛 (2009) がんサロン (患者・家族が参加するがん医療). 治療 : 91 (10), pp.2424-2429.
- 井上祥明 (2017) がんサロンの教育的効果の検証 一人援助職の望ましい変化に着目して-. 公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 2015 年度 (後期) 「在宅医療研究への助成」完了報告書.
- 岩脇陽子・原田清美・滝下幸栄 他 (2016) 大学病院におけるがんサロン運営に関する調査. 京都府立医科大学看護学科紀要 : 26, pp.47-55.
- 上田育子・田所洋志・若林暁子 他 (2013) 当院がん患者サロン「ひだまり」の評価と課題 -サロンの現状と参加者へのアンケート調査から-. 癌と化学療法 : 40 (9), pp.1195-1200.
- 改發厚 (2015) がんサバイバーの仲間を支える. 医学のあゆみ : 252 (13), pp.1293-1296.
- 公益財団法人 がん研究振興財団 (2022) がん統計 2022.
https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/statistics/pdf/cancer_statistics_2022.pdf(2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- がん情報サービス (2022) 最新がん統計 (最新確認 2022 年 11 月 16 日).
https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html (2022 年 11 月 16 日アクセス可能)
- 「がんの社会学」に関する合同研究班 (2016) がんと向き合った 4,054 人の声 (2013 がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査 報告書). https://www.scchr.jp/cms/wp-content/uploads/2016/07/2013_taikenkoe.pdf(2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 栗栖千尋・岡田麻里 (2018) 地域のがんサロン参加を通じてがん体験者が社会的役割を獲得する過程. 人間と科学: 県立広島大学保健福祉学部誌 : 18 (1), pp.69-77.
- 厚生労働省 (2008) がん診療連携拠点病院の整備に関する指針 (健発第 0301001 号 平成 20 年 3 月 1 日).
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 厚生労働省 (2015) 今後のがん対策の方向性について -これまで取り組まれていない対策に焦点を当てて-.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000089284.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 厚生労働省 がん診療提供対策のあり方に関する検討会 (2016) がん診療提供体制のあり方に関する検討会における議論の整理.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000147332.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

厚生労働省 がん診療提供対策のあり方に関する検討会 (2020) がん診療提供体制のあり方に関する検討会における議論の整理.

https://ganjoho.jp/med_pro/liaison_council/bukai/shiryo14/pdf/03-01.pdf (2022年9月1日アクセス可能)

厚生労働省健康局がん・疾病対策課 (2021) 平成30年 全国がん登録 罹患数・率 報告.

<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000794199.pdf> (2022年9月1日アクセス可能)

厚生労働省 政策統括官付参事官付保健統計室 (2021) 令和元 (2019) 年度 国民医療費の概況 (令和3年11月9日) . <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/19/index.html> (2022年9月1日アクセス可能)

後藤みゆき (2013) 地域住民ボランティアによるがんサロン活動の意義 -がん患者へのインタビューからの分析. 日本の地域福祉 : 26, pp.79-89.

小林貴美子 (2012) 患者の立場からがん検診の重要性を伝える. 保健師ジャーナル : 68 (12) , pp.1068-1074.

再発移転がん治療情報 (2016) 特集記事 手術後の経過観察は治療の一環. https://www.akiramenai-gan.com/da_treatment/treatment03/59734/ (2022年10月1日アクセス可能)

佐藤愛子 (2011) がん患者・家族の想いを支える「がんサロン」. 緩和ケア : 21 (5) , pp.495-497.

佐藤愛子 (2014) 島根 がん情報サロン「ちょっと寄って見ません家」. 死の臨床 : 37 (1) , pp.79-80.

総務省行政評価局 (2016) がん対策に関する行政評価・監視 -がんの早期発見, 診療体制及び緩和ケアを中心として- 結果報告. https://www.soumu.go.jp/main_content/000441363.pdf (2022年9月1日アクセス可能)

竹田寛 (2012) がん患者サロンにおけるヘルス・コミュニケーションに関する一考察. 保健医療社会学論集 : 22 (2) , pp.38-44.

田龍一・竹宮健司 (2015) がんサロンの全国的運営状況および島根県における運営・活動実態に関する事例研究. 日本建築学会技術報告集 : 21 (47) , pp.259-264.

中谷俊彦・小豆澤伸司・齊藤洋司 (2011) 各地域におけるがん対策基本法の前と後の取り組み -がん医療と緩和ケアに対する島根県と島根大学の取り組み. ホスピス緩和ケア白書. 東京都 : 青海社. pp.72-76.

中村明美 (2012) 当事者組織 (がんサロン) によるがん患者の社会参加促進に関する研究. 山陰研究プロジェクトによる報告書 島根大学. pp.41-45.

中村明美 (2019) 島根県におけるがんサロンの実態研究. 武庫川女子大学大学院教育学研究論集 : 14, pp.48-55.

日本対がん協会 (2014) 平成 25 年度厚生労働省委託事業 がん総合相談に関わる者に対する研修プログラム策定事業 研修テキスト がんサロン編.

http://www.jcancer.jp/can-navi/wp-content/uploads/2015/10/ALL_PAGES.pdf (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

日本がん看護学会 (2014) 外来がん化学療法看護ガイドライン 2014 年度 (1) 抗がん剤の血管外漏出およびデバイス合併症の予防・早期発見・対処. 東京都 : 金原出版株式会社.

納賀良一 (2010) 島根の“がんサロン” - そのパワーと秘訣 -. 医学のあゆみ : 234 (12), pp.1120-1121.

西明博・峠田和史 (2016) 滋賀県がん患者支援体制の現状と課題. 社会医学研究 : 33 (1), pp.161-166.

原敬 (2008) しまねのがんサロン実践報告 -MSW によるファシリテーターとしての関わり. がん患者や家族が必要とする社会的サポートやグループカウンセリングの有用性に関する研究. 平成 19 年度総合研究報告書, pp.98-108

原敬 (2013) がん体験者の自助グループ“がんサロン”とのかかわりと援助者自身が受けた影響について. 精神保健福祉 : 44 (1), pp.37-39.

注 釈

[注 1] 厚生労働省 (2018) がん対策推進基本計画 平成 30 年 3 月.

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000196975.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

がん対策推進基本計画の全体目標は 3 点ある。次にあげる。

1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実 ～がんを知り、がんを予防する
2. 患者本位のがん医療の実現 ～適切な医療を受けられる体制を充実させる～
3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築 ～がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現する～ 以上である。

[注 2] 患者主導による全国的なイベント(年1回)として、がん患者大集会、全国がんサロン交流会やリレー・フォー・ライフなどが継続されている。

特定非営利活動法人 がん患者団体支援機構 (2005) 第 1 回がん患者大集会.

<https://canps.jp/meeting/2005/main.htm> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

ほっとサロン (2009) 第1回全国がんサロン交流会 in 島根 開催!. ほっとサロン: 35.

https://www.med.shimane-u.ac.jp/_files/00005210/hot_tayori0910.pdf (2022年9月1日アクセス可能)

リレー・フォー・ライフ <https://relayforlife.jp> (2022年9月1日アクセス可能)

[注3] 社会福祉学では、がん患者の終末期・緩和ケア (田村 1998, 正司ら 2003, 下倉 2012, 山崎 2013, 上白木 2018)、小児科のソーシャルワークなどの研究が進んできた。研究の初めは 1988 年に田村里子らが終末期・緩和ケアやスピリチュアルケアなどのソーシャルワークに関して研究を行い、2003 年には正司明美らが「ホスピス及び緩和ケアにおけるソーシャルワークガイドライン」を作成している。これらの時代では、終末期・緩和ケア・ホスピスケアなど治療の対象とならないがん患者の生活の質を向上するためのソーシャルワークが多かった。

がん医療ソーシャルワークの役割・業務は、① 来受診入退院の医療連携、② 訪問介護ステーションや施設への入所や転院、③ 病院との併診による連携、④ 障害者手帳の取得や介護保険利用の調整退院などが先行研究 (吉田 2004, 安藤ら 2003) からあげられた。しかし、がんサロンなど同病者支援については研究されていなかったことが明らかとなった。

安藤牧子・栗原幸江・大川晋二 他 (2003) 悪性腫瘍 (がん) のリハビリテーション (4) 言語聴覚士・心理療法士・医療ソーシャルワーカーの役割. 総合リハビリテーション : 31 (11), pp.1037-1045.

大松重宏 (2006) 患者さんの退院に向けての意思決定への援助; ソーシャルワーカーの立場から. 緩和ケア : 16 (3), pp.204-208.

田村里子 (1998) 緩和医療におけるソーシャルワーク; 遺族の悲嘆と喪失への援助. 医療と福祉 : 32 (1), pp.37-42.

田村里子 (2003) がんの痛みの緩和ケア ソーシャルワーカーからみたがんの痛みのケア. がん看護 : 8 (2), pp.15-120.

上白木悦子 (2018) 緩和ケア・終末期医療における医療ソーシャルワーカーの役割遂行の構造に関連する要因. 社会福祉学 : 59 (3), pp.16-29.

笹岡眞弓 (2016) 歴史的経緯を踏まえた社会事業・医療・公衆衛生における医療ソーシャルワーク業務の展開 -病院完結型業務終焉への過程-. 博士論文, 東北福祉大学大学院. https://tfulib.repo.nii.ac.jp/?action=repository_action_common_download&item_id=581&item_no=1&attribute_id=20&file_no=2 (2022年9月1日アクセス可能)

品田雄市 (2020) がん相談支援センターと看取りケアにおける医療ソーシャルワーカーの役割. 福祉介護テクノプラス : 13 (5), pp.16-19.

- 下倉賢士 (2012) 成人期の終末期がん患者及び家族の「苦しみ」の特徴とソーシャルワーク支援の困難感 老年期終末期がん患者との比較から. 医療と福祉 : 46 (1) , pp.58-67.
- 正司明美・田村里子・尾方仁 他 (2003) ホスピス及び緩和ケアにおけるソーシャルワークガイドライン. ホスピス・緩和ケアに関する調査研究報告書 2003 年度調査研究報告.
https://www.hospat.org/report_2003-fl.html (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 平野朋美 (2000) がん専門病院におけるソーシャルワーク. がん看護 : 5 (3) , pp.190-193.
- 森さとこ・森山美知子・保坂隆 (2009) がん診療連携拠点病院におけるがん患者・家族のサポート体制に関する実態調査. 緩和医療学 : 11 (2) , pp.141-148.
- 山崎まどか (2013) 緩和ケア病棟をもつ一般病院におけるソーシャルワーク支援 生き方, 想いをつなぐ. 医療ソーシャルワーク : 61, pp.13-17.
- 吉田雅子 (2004) 小児がん患者の教育にかかわる諸問題に関する研究 -医療ソーシャルワーカーによる支援のあり方について-. 医療と福祉 : 38 (1) , pp.58-62.
- 米澤純子 (2015) 独居がん終末期患者を対象とした在宅緩和ケアシステム構築に関する研究. 博士論文, 首都大学東京.

[注 4] がん患者団体の代表的なものを下記にあげる。

一般社団法人 全国がん患者団体連合会 (全がん連 <http://zenganren.jp/>)

公益社団法人 日本オストミー協会 (<https://www.joa-net.org>)

公益社団法人 銀鈴会 (咽頭摘出者のリハビリ団体 <https://www.ginreikai.net>) など

特定非営利活動法人の代表的なものを下記にあげる。

特定非営利活動法人 がんと共に生きる会 (<http://www.cancer-jp.com>)

特定非営利活動法人 がん患者団体支援機構 (<https://canps.jp>)

特定非営利活動法人 あけぼの会 (<http://www.akebono-net.org>)

認定 NPO 法人 ささえあい医療人権センターCOML (<https://www.coml.gr.jp>)

認定 NPO 法人 J.POSH (<https://www.j-posh.com/>) など

第1章 研究の背景

—がん患者の実態とがんサロンの現状—

本章では、研究の背景として、がん患者数の実態とがんの医療費の増大と財政の社会保障給付費などがん患者を取り巻く社会状況を述べ、個人の経済問題にも言及した。がん対策基本法制定を牽引してきたがん患者運動とがん政策の時代背景から、長期に自己管理をする時代のがん患者への支援体制・相談支援の現状と課題を明らかにし同病者支援の重要性を述べる。次に、がんサロンを研究対象とする理由と、全国のがんサロンの設置状況を整理した。国内や海外におけるがんサロンの先行研究結果とがんサロンの近似用語について整理した。さらに、支援体制や相談支援が十分ではないことから、がん患者は同病者同士の交流を求めていると考え、本研究の患者主導型がんサロン研究の位置づけを明らかにする。

項目としては、「1-1. がん患者を取り巻く状況」「1-2. がん患者への相談支援の現状と課題」「1-3. がんサロンの概要」「1-4. がんサロンの先行文献の研究」である。

1-1. がん患者を取り巻く状況

1-1-1. がん患者数

予防や健診、早期発見などの医学の進化し、がん患者は年々増加傾向にある。新たに診断されたがんは、2018年は98万856例、2019年には99万9075例と2万人弱増加しており、2022年のがん罹患数は101万9000人と推定されている（がん研究振興財団2022）。

1981年から現在までの約40年間、死亡原因でがんは1位である（厚生労働省 政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室2021）。2021年の全死亡原因に占めるがんの割合は26.5%であり、死亡者の約4人に一人はがんで死亡している。一方、医療の発展とともにがん患者の5年相対生存率は64.1%と上昇している。また、10年生存率も向上しており、がんの種類やステージによって生存率は異なるものの、ほとんどのがんは生存率が上昇する傾向にある（がん研究振興財団2022）。

2020年患者調査における傷病分類別総患者数の中にあるがん患者数は、約465万6千人と推計されている。そのうち、約36%のがん患者は、20歳以上から64歳以下の労働力人口である（厚生労働省 政策統括官付参事官付保健統計室2022）。労働力人口の年代は、人生のさまざまなライフイベントが発生する時期であり、がん患者本人だけでなくその家族の人生にも影響を与える。診断を受けて退職や廃業した人は、全就労者の

20%弱を占め、治療までに退職や廃業した人は約 57%と多い（厚生労働省 2020, 平成 25 年度 厚生労働科学研究費 がん臨床研究事業 2014）。

施設の種別別推計患者数では、入院患者は約 126 万 7 千人、外来患者は約 247 万人であり、外来治療は入院治療の約 2 倍である。患者数が多いものの、がん患者のうち約 20%は医療施設を利用しておらず（厚生労働省 政策統括官付参事官付保健統計室 2022）、これらの患者は治療を受けていないか、治療段階ではない者、もしくは医療機関以外に施設入所していると考えられる。

これらのことから、がんは非常に身近な病気で、医学が進歩した現在においても依然、国民の生命や健康に関して深刻な問題であることがわかった。

1-1-2. がんの医療費

がんの国民医療費や社会保障給付費の増大も、大きな社会問題となっている。国民医療費の総額約 44 兆 3895 億円のうち、医科診療医療費は 31 兆 3261 億円である。その内訳では、がんは全体の 14.2%（約 4 兆 3766 億円）を占めており、循環器系 19.7%（6 兆 782 億円）に次いで支出が多くなっている（厚生労働省 2017, 厚生労働省 政策統括官付参事官付保健統計室 2021）。

日本では患者個人の費用負担を軽減するために、社会保障として、高額療養費制度や各種手当金、公的扶助として生活保護などの制度がある。その財源は、被保険者などの健康保険料、税金などの公費支出と国債金（借金）から拠出されている。そのため、増大する社会保障給付費は国民の負担を増加させることや次世代へ負担を先送りすることで捻出していることから、今後の持続可能な社会保障制度の構築に向け大きな課題となっている。

これらの社会資源があるものの、がんになると個人の支出は大きな負担となっている。その理由として、がんの診断や治療方法が高度化し専門分化しているため、治療や療養が長期化すれば医療費や関連費用の支出は多くなり、家計を圧迫する。さらに、公的保険が適応されないセカンドオピニオンの費用、混合診療の国内未承認薬使用、先進的な医療技術などの診療・治療は高額であり、途中で治療を中止せざるを得ない患者も存在する（国立がん研究センターがん対策情報センター 2020）。治療や副作用、二次障害などにより思うように就労できなければ収入が激減し、治療費や生活費の支出がかさみ、経済的な問題を抱える恐れがある。

そこで、がん医療や緩和ケアなども発展した外来診療を導入することとなる。2002 年の診療報酬点数改正では、がんの外来化学療法加算が新設され、2005 年を境に、がん治療は公的保険が適用され、入院治療から外来通院治療が増え、地域で生活しながら治療するがん患者が増加した（日本がん看護学会 2014）。外来科学療法が広がった背景には、外来において入院治療と同様に安全な化学療法と、副作用を抑える支持療法、緩和ケアなどの医療の進歩と普及がある。また、入院による経済的負担を軽減し、さらに入院治療も入院日数が

短くなった(厚生労働省 政策統括官付参事官付保健統計室 2022)。これにより、患者が自宅で日常生活や社会生活を営みながら治療の継続を可能にした。外来科学療法が普及したことは、入院回避、入院日数の短縮化で国民医療費の抑制となり、医療機関にとっては効率的な病院運営につながったといえる。また、在宅での治療でも、入院と同様に安全に有効性の高い抗がん剤を使用でき、副作用を抑える支持療法が開発されたことにより、良好なマネジメントが実施される環境が増えたことにより、患者が治療と療養の場を選択できるようになった。

さらに 2012 年の診療報酬改定では、「在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院」が要件に入り、2014 年には「在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の機能強化」が導入される(前田 2012)。2013 年の医療計画では「5 疾病 5 事業」について、都道府県が整備することが義務化され、同計画に在宅医療が加わった。

政府の方向性として、がん医療での患者の治療・療養の場は、医療機関から地域社会へと拡大され(国立がん研究センターがん対策情報センター2014, 厚生労働省 2014)、今後は在宅で治療・療養の患者支援が地域における課題となった。

1-1-3. がん対策と財政

政府のがん対策は 1984 年の「対がん 10 ヵ年総合戦略」の始まり、1994 年に「がん克服新 10 ヵ年戦略」、そして 2004 年には「第 3 次対がん 10 ヵ年総合戦略」を順次取り組んできた(がん研究振興財団 2022)。当時から継続している対策としては、がん予防と医療の向上と社会保障の財政面における取り組みであった。

2006 年 6 月に「がん対策基本法」が成立(2007 年 4 月施行)する。その目標として、「1. がん予防・がん検診の充実」「2. 患者本位のがん医療の実現」「3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」が掲げられた。がん予防と早期発見、がん医療の向上、質の高いがん医療の全国的な「均てん化」の課題がある[注 1]。

この法律の制定は、次節に述べるがん患者運動が先導して、同法の制定が成り立った背景がある。特記事項として、医療政策決定における患者参加を、日本で始めて制度化した法律であることである。それ以前の法律には、医療政策決定機関である厚生労働省の中央社会保険医療協議会や、社会保険審議会医療部会に患者が参加することはなかったことから、患者が自らの病気についての医療政策に参加することを実現させたということは画期的なことであった。

2007 年 6 月には、がん対策推進基本計画の策定が閣議決定された。同法律第 11 条の 2 項には、「都道府県がん対策推進計画は、医療法(昭和 23 年法律第 205 号)第 30 条の 1 第 1 項に規定する医療計画、健康増進法(平成 14 年法律第 103 号)第 8 条第 1 項に規定する都道府県健康増進計画、健康増進法第 118 条第 1 項に規定する都道府県介護保険事業支援計画その他の法令の規定による計画であって保健、医療又は福祉に関する事項を定めるものと調和が保たれたものでなければならない。」と明記されている。このことによ

り、がん対策基本法は単独の法律ではなく、医療法や健康増進法、介護保険法、その他の法令も含んだ、広く国民の健康に関する計画の策定であることを意味している。

第1期がん対策推進基本計画（2007年6月～2012年5月）は、総合的かつ計画的ながん対策推進を図るために、5年ごとに中間報告と目標値などが見直しされることとなった。これを受けて、都道府県においても地域の特性や実状に合わせたがん対策推進基本計画を策定することとなった。

第2期がん対策推進基本計画（2012年～2016年）では、「がんになっても安心して暮らせる社会の構築」が全体の目標に加えられたこともあり、がん患者及びその家族を社会全体で支える取り組みや、がん患者や経験者への就労支援、児童生徒に対するがん教育などが推進された。

2016年12月には、「がん対策基本法の一部改正」が行われたことにより、都道府県では「がん対策推進基本計画」が策定・施行され、全国どこでも同じレベルの医療が受けられる環境が整備されつつある。

第3期がん対策推進基本計画（2018年～2022年）では、全体の目標として「1. 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実、2. 患者本位のがん医療の実現、3. 尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築」が掲げられている。がん対策を総合的かつ計画的に推進するために、都道府県行政や企業や教育機関などが連携し、予防、啓発・教育、治療、患者支援などの取り組みが実施されている。また、がん治療も発展し、患者生存率も上昇しており、社会復帰する人や地域で療養生活、就労の継続をする人も増加している。がん対策基本法の一部改正が施行されてからは、がんの撲滅や克服など用語は政策から少なくなり、がんと共生するという政策を実施している。

加えて、がん対策基本法以外では、2つの法律ががん患者の療養に影響を与えている。1つ目は、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律（2013年法律第112号）」の制定である。少子高齢化をはじめとする社会・経済の様々な変化に対応するために、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革をすることになった。2つ目は、医療や介護分野の「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（2014年法律第83号）」により地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保や地域包括ケアシステムの構築、費用負担の公平化など医療と介護の連携強化などを実施しはじめた。このような取り組みを通じて、がん患者を含めた国民全体が住み慣れた地域で自分らしい生活を人生の最後まで続けることができる体制の整備を推進している。いわゆる、将来にわたって持続可能ながん対策の実現が急がれている（厚生労働省2015, 2018）。

次いで、がんの社会保障の財政面における取り組みについては、2008年には「医療費適正計画」として生活習慣病対策（がん・急性心筋梗塞・脳卒中）の患者数を大幅に減らし、医療費の適正かつ医療費削減に着手した。2012年には、「社会保障と税の一体改革」を打ち出し、財源を確保し負担を先送りしない社会保障改革

として、少子化対策、医療制度、介護保険制度、公的年金制度を一体化し、税制の確保として、被用者保険の適用拡大、高齢者の自己負担引き上げなどを実施した。

2012 年の診療報酬改定では、「在宅療養支援診療所」「在宅療養支援病院」が要件に入れられた。さらに 2013 年の医療計画では「5 疾病 5 事業」および「在宅医療ごとの医療連携体制の構築」を都道府県が整備する義務化を定めた。例えば、地域の実情に応じた在宅医療を推進するために、がんを含む住民の命や健康をおびやかす疾病についての各種計画や医療機関の整備を都道府県が行うなどである。加えて、2014（平成 26）年度には診療報酬改定が行われ、入院日数の短縮化や日帰りの治療、在宅医療の促進などが政策として進められた。

このように 2000 年代から政府のがん対策は、社会保障給付の財源の確保や、負担を次世代に先送りしないために、がん治療施設である医療機関での入院から外来治療や在宅療養へと政策的な転換が行われてきた。また、在宅医療の推進が課題として位置づけられてきた（国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター 2014、厚生労働省 2014）。

以上のことから、政府は 1990 年代から現在に至るまで、がん医療の研究の高度・専門分化した医療技術を推進している。それとともに、2002 年頃から公的保険の適用範囲を在宅医療や外来診療に広げ、在宅緩和ケアの範囲を拡大し（厚生労働省健康局がん・疾病対策課 2021）、入院による治療から外来医療へと在宅医療（地域）に移行した。自由診療や混合診療の導入なども含め、医療費の増大を抑える政策をとっている。そのため、在宅で生活するがん患者のニーズをどのように把握するかが今日の課題となっている。

1-1-4. がん患者運動とがん政策の流れ

がん患者は、がん対策基本法の制定をはじめ、日本のがん対策を先導してきた歴史がある（表 1-1）。厚生労働省や文部科学省、国会などにごん患者の状況を訴えていった 3 人の代表者の概観を述べる。このうちの一人の故・佐藤均氏が島根県のがん対策などに影響を与えた。

2001 年に、広島県の故・新山義昭氏は「患者が闘わなくて誰が動く」と、厚生労働大臣に抗がん剤及び副作用防止薬に関する緊急措置請願書を提出した。その後、大阪府の故・三浦捷一氏、島根県の故・佐藤均氏などのがん患者たちや患者団体などは、国の厚生労働省や文部科学省、地方公共団体などへ抗がん剤の承認や療養の改善を求める活動を開始している。その請願や要望の内容は、日本の医療施設で世界標準の抗がん剤の治療を受けられることや専門医師の養成などであった。また、がん患者の不当な解雇や配属転換などの問題やがん患者への経済的支援や生活の質の維持などの施策の実現などを求めた。

がん患者らによる請願運動が活発化した2001年には、日本がん患者団体協議会や特定非営利活動法人がん患者団体支援機構が設立され、これらの患者団体を通じて、がん対策に関する基本法の成立を求めるがん患者の声がさらに大きくなった。

また、国会でも国会議員のがん患者達により、超党派議連「国会がん患者と家族の会」が結成される。中でも、末期のがん患者であり国会議員の故・山本孝史氏は、国会での発言で「がんも自殺もともに救える命がいっぱいあるのに、次々と失われているのは、政治や行政、社会の対応が遅れているからです。命を守るのが政治家の仕事」とがん患者としての思いと政治家としての思いを述べた（山本孝史議員，第164回国会参議院本会議 第26号 2006年5月22日）。

このように、職業や年齢を超えて多くのがん患者が世界水準の医療の実施に向けて、命懸けて訴え、がん患者復権への活動を進めていった（小林 2007）。なお島根県の故・佐藤均氏の活動や意志は、島根県のがん患者に受け継がれていき、県行政などを動かし、がんサロンなどが開設されていく。

2006年4月には、「がん対策基本法」が制定された。同法にはがん対策推進基本計画を策定しなければならないこととされており、厚生労働大臣は基本計画案を作成する時には、がん患者及びその家族又は遺族の代表者、がん医療従事者並びに学識経験者により構成されるがん対策推進協議会の意見を聴くことと明記された。患者と家族、遺族ががん対策基本計画に参画する一歩となり、地域におけるがん医療の提供体制の整備が推進された。

2013（平成25）年11月 超党派の議員連盟である「国会がん患者と家族の会」が中心となり、患者団体等から意見を聴取し、国が都道府県と協力して収集した「全国がん登録」を活用し、がん医療の質の向上などの国民に対するがん対策の周知・がん医療・がん予防などについての情報提供の充実、患者などへの相談支援、その他がん対策を科学的知見に基づいて実施するための「がん登録等の推進に関する法律（案）」が作成され、議員立法として制定された。

がん患者は全てを政府に任せるのではなく、地域や医療施設内にはがん患者同士の支え合い（同病者支援）の場として、会員要件を設定しない患者の参加が可能な患者主導型がんサロンを開設していった。

表 1-1 がん対策基本法成立前後のがん患者の動き —厚生労働省、総務省などの行政資料を基に—

年次	がん患者の動き	国のがん対策
2001年 (平成13)	2月 広島県在住の新山義昭氏（癌と共に生きる会初代会長）が坂口力厚生労働大臣に「抗癌薬および副作用防止薬に関する緊急措置請求」を提出時の報道インタビューで「患者が関わらないで誰が動く」と発言	
	6月 大阪府在住の三浦捷一氏（癌治療薬早期認可を求める会）が坂口力厚生労働大臣に「治療法治験薬制度」提言し、「癌治療薬、特に肝癌再発予防薬の早期認可を要望する請願書」を国会に提出、採択	
2003年 (平成15)	8月 島根県在住の佐藤均氏（癌と共に生きる会 3代目会長）、島根県議会に署名を添え「抗がん剤の早期承認」「抗がん剤の専門医の育成」「地域医格差の是正」などの医療向上の請願書を提出	
	9月 佐藤均氏、要望書を島根県知事に提出	
2004年 (平成16)	1月 佐藤均氏が厚生労働省に「がん治療に関する要望書」を提出	
	5月 新山氏・佐藤均氏ら、河村建夫文部科学大臣に「臨床腫瘍医の育成に関する要望書」を提出	
	12月 佐藤均氏が尾辻秀久厚生労働大臣に「世界標準の抗がん剤の承認と抗がん剤専門医の育成」を陳情	
		第3次対がん10か年総合戦略の策定（～2013年） 国立がんセンターでのがん薬物療法専門医研修開始
2005年 (平成17)	5月 第1回がん患者大集会（大阪）に参加者約1,800人、三浦氏ら主催に、佐藤均氏登壇	厚生労働省にがん対策推進本部の設置
	7月	文部科学省・厚生労働省における「健康フロンティア戦略」（～2014年）の公表
	8月	がん対策推進アクションプラン2005の公表
2006年 (平成18)	2月 島根県在住の納賀良一氏、佐藤愛子氏、三成一瑠氏と島根県議会議員 佐々木雄三氏が島根県健康福祉部長の正林督章氏に面会、「島根県の今後の医療の展開についての提案書」を島根県に提出	
	3月 第2回がん患者大集会（東京）に参加者約2,000人	
	4月 島根県議会議員 佐々木雄三氏と佐藤愛子氏らが小坂憲次文部科学大臣に日本のがん医療水準向上に向けた要望書を提出	がん対策推進室の設置（厚生労働省健康局総務課）
	5月 民主党参院議員 山本孝史氏、国会で自身のがんの病名を公表、がん対策の促進を要望	
	6月	「がん対策基本法」の成立（施行は2007年4月）
	12月 国が全国19患者団体と14学会等と国側の委員8人による「がん対策の推進に関する意見交換会」を実施	
2007年 (平成19)	4月 第1回がん対策推進協議会開催、初めて国のがん対策推進の会議に三成氏など患者が参加した	
	6月	「がん対策基本法」第9条第1項に基づき、がん対策推進基本計画（第1期）を策定（～2011年度）
	8月 第3回がん患者大集会（広島）	
2008年 (平成20)	4月 島根県がん対策推進計画 第1期（2008年4月～2013年3月）七位一体※	
	11月 第4回がん患者大集会	
2009年 (平成21)	7月	がん検診50%推進本部の設置（厚生労働省）
	9月 第1回全国がんサロン交流会in島根 開催	
	11月 第5回がん患者大集会	

附録3「表 1-1 国のがん対策とがん患者の動き 参考資料一覧」と筆者のインタビュー調査より筆者作成

※ 島根県の患者・家族、医療機関、行政、議会、企業、教育機関、メディアが一体となった“七位一体”の取り組み

1-2. がん患者への相談支援の現状と課題

1-2-1. 生存率上昇と自己管理の重要性

生存率が上がるということは、がん患者自身が長期にわたり自己管理を要することを意味している。がんが一般的な慢性疾患と異なるのは治療期が終了後の再発期や慢性期などでは、定期的な投薬などの治療の必要がなく、長期に経過を観察することが多いことである。そのために自覚症状がない場合でも定期検査を行い、自ら予防およびがんの再発発見に努めることとなる。

がんは、一般的に経過とともに診断期、治療期、再発期と慢性期、終末期の経過をたどることが多いと言われている（阿部 2016）。また、がんは完治しても、新たながんの発症もある。つまり、長期にわたって患者自身が検診の継続や生活習慣の見直しなど新たながんを予防し、再発、新たながんを早期に発見する自己管理も重要になってくる。しかし、退院や外来通院すると病院や地域の支援がなくなる。また、一般的にがんは他の慢性疾患とは異なり、治療終了後も5年から10年という長期わたり、定期的な経過観察を要する。服薬などの治療もないために、自覚症状が改善していることを自己判断で中断する患者もいる（再発移転がん治療情報 2016）。がんによる生存率を向上するためには、治療期に加えて再発期と慢性期の自己管理ができるように工夫した支援が新たに必要である。

また在宅医療の推進により、患者の治療や療養の場が地域に移行することは、地域に合わせたがん患者支援が必要になるということである。また、患者自身も自らの状況や配慮してほしいことを、家族・職場などの医療知識のない人に正しく伝え、自らの環境を自らが整えることが必要となる。

さらにはがん患者団体のホームページや「がんの社会学」に関する研究グループ（2016）などの報告書では、がん患者はがんの病気や治療、二次障害からの悩みだけでなく、就労や日常生活にも様々な悩みを抱えている。その悩みや負担を和らげるためにがん患者は「体験談・同病者との交流」を最も必要としていることが明らかにされている。

つまり、医療が進展しがん患者の生存率も上がり、がんと共生する現代だからこそ、がんサロンなどの体験談や同病者との交流のあり方は重要な課題となると考えられる。

1-2-2. がん患者への地域支援

がん患者の急性期や再発、緩和や終末期ケアについて、医療関係者側からの研究の蓄積は多いが、地域で生活するがん患者の悩みや不安、もしくは生活課題についての研究は限定的である。その中から、本研究に関連する報告を以下に抜粋する。

2018（平成 30）年度『患者体験調査報告書』によると、がん患者は、「治療について希望の尊重」「治療内容や治療スケジュールの把握」「専門的な医療による治療」「治療の情報獲得」「医療者の迅速な対応」「医療者の傾聴力」などの質問項目では、70%以上が「当てはまる」「ほぼ当てはまる」と回答していた。しかし、心身のつらさがある時に医療者に相談できると思う患者は 50%以下、また医療者の支援は充分であると感じている患者は約 40%であった。また、「外見の変化に関する悩みを誰かに相談できた患者」は約 30%であった。さらに政策として推進されている「ピア・サポートを知っている患者」は 30%以下であった。

つまり、医療関係者には病気や症状、治療のことは話せるが、心身の変化や気持ち、治療後の副作用の対処方法についての話はあまりしていないことが示されていた。

次に、『2013 がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書 がんと向き合った 4,054 人の声』によると、がん患者が求める情報や支援は「体験談、同病者との交流」を最も望んでおり、次に「診療に関する情報収集と情報提供」「経済的負担（医療費、生活費）等」「機能障害等に関する情報と具体的対処方法」となっていた。がん患者はがんの病気や治療、二次障害の悩みだけでなく、就労や日常生活の悩みや負担を和らげるための対応が重要であることが示されている（「がんの社会学」に関する合同研究班 2004, 2016）。

これらの報告から、心情的なことやがん患者は就労や日常生活の悩みや負担を和らげるために同病者同士での体験の語りあいや交流を必要としていることが明らかとなった。

1-2-3. がん患者への支援体制・相談支援

がん患者の地域での相談体制としては、都道府県単位で地域統括相談支援センターに設置されているがん専門相談員が患者・家族らの相談についてワンストップで支援を提供している（伊藤 2021, 日本対がん協会 2015）。しかし、その活用率は低く十分に活用されていないことが課題である（総務省 2016）。活用率が低い理由の 1 つとして認知度が低いことが考えられているが、患者は「何を話したら良いかわからない」「センターを知っていてもかかりつけでないために相談しにくい」という意見があり、自らセンターに連絡してまで相談をすることはないというような消極的なケースもあると考えられる。

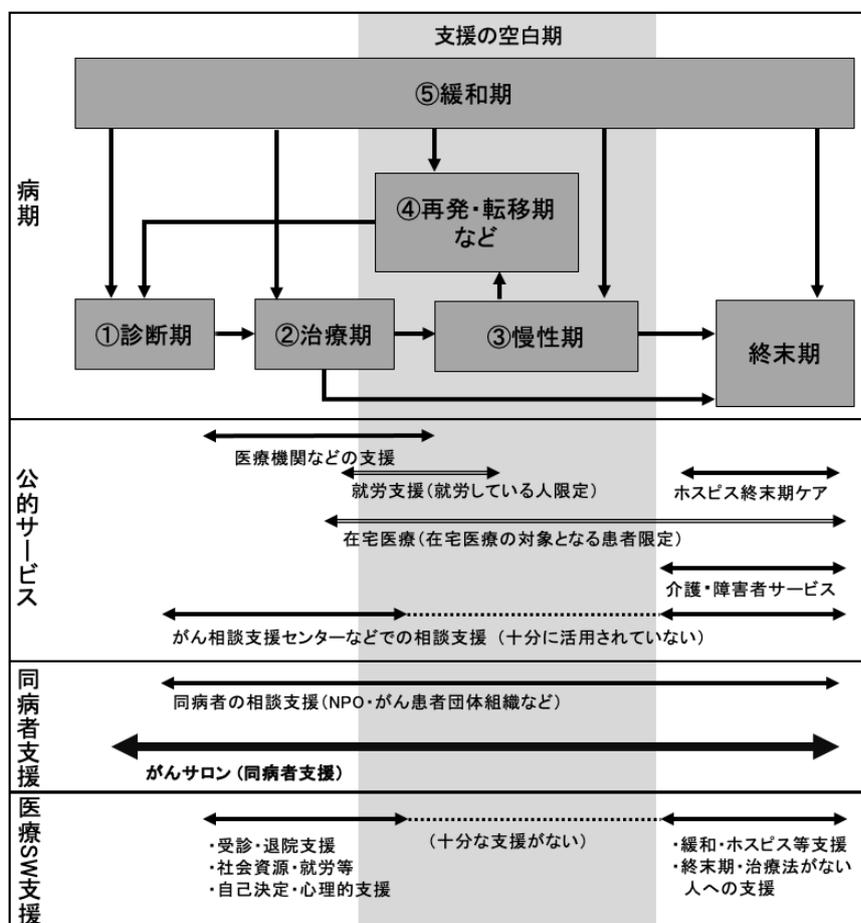
これ以外のがん患者の相談場所としては、患者団体や患者会、支援団体、病院内の患者会、ピア・サポート、がんサロンなどがある。誰でも相談できる相談支援体制は必要である。今後の課題として、公的機関と民間機関の相談支援窓口の連携、専門職と同病者が行う相談のレベルを段階に分けるなど、患者の支援にむすびつく相談支援が必要であろう。

また、がんは末期になるまで ADL（日常生活動作）が自立していることが多いが、体調の悪化などを契機に急激に ADL が低下することがある。加えて、がん患者は死亡前 1 ヶ月で日常生活動作に何らかの介助（一部介助・全介助）が必要だった人は 78.4%だった。このことから、急な体調変化に合わせた介護保険認

定や障害者認定などのサービス利用の敏速化が必要である。また、40歳以下の年齢では支援につながらない場合もあり、在宅で生活するための支援が不足していることが大きな課題である。

がん患者はがんの告知後と再発・転移後の1年の自殺率が高い（上村 2016, 厚生労働省健康局がん・疾病対策課 2020, 宮下ら 2014）。また、様々な段階（告知後、再発・転移、疼痛や抑鬱、進行がん等様々な段階）で病気に絶望し、病気や心身の変化などを周りに相談できず、その結果、自宅に引きこもるなど患者自身が孤立してしまう可能性があることを指摘している。また、介護負担の増大やその相談先がない。

以上のことから、地域で生活するがん患者の地域支援や支援体制・相談支援には支援の空白期があり、その空白期の支援は患者団体など同病者同士が支援を行なっていることが明らかとなった。また、医療機関で治療などをしていない、地域で生活するがん患者自身がどのような生活の支援を求めているかについて明らかにする必要性が示唆された。



筆者作成

図 1-1 がん患者の病気と支援の空白期

1-2-4. 同病者支援の必要性与がんサロンの位置づけ

がんサロンの位置づけは、同病者支援の項目にある（図 1-1 下から 2 段目）。外来通院治療と在宅療養が増加し、自宅で暮らすがん患者が増大している。がん患者は医療機関内での治療が終了すると、在宅医療を必要とする場合は在宅医療・介護サービスが利用できるが、利用できる地域が限られている。また、がんの専門医療の全てを在宅医療で受けることは、マンパワーや治療設備などで対応できない。がん患者は ADL が自立していることが多く、慢性期など医療を必要としていない時期に、地域の保健所や社会福祉協議会などのサービスの対象になることはあまりない。つまり、がん患者の再発期や慢性期などの（図 1-1 の縦に色付けされている部分）は、制度やサービスの空白の期間にあたり、既存の制度から取り残されやすい。

支援の空白の時期に、公的機関以外に相談場所として、患者団体や患者会、がんサロン、サポートグループなどの同病者同士の支援がある。内容は個別相談やグループ活動を通して同病者同士の悩みや体験、気持ちの分かち合い、情報交換を行い同病者同士のなかまを作るなどがある。

したがって、病院にも通院していない、公的支援が届かない地域でのがん患者の支援では、とくに、同病者同士の支援が重要な役割を果たしている。

1-3. がんサロンの概要

1-3-1. がんサロンの定義と法的根拠

がんサロンとは、がん患者が自発的に集まる場所である。“サロン（仏: salon、英: saloon）”とは、『現在フランス語辞典』では、応接間や客間を意味している。また、歴史的な経緯としては貴族などが日にちを定めて客間を開放し、同好の人を招き、文化全体について自由に談話し、相互の交流の場をサロンと称していたことから、今回は、がんサロンのネーミングの由来はわからなかったものの、サロンと同じように、がんサロンも日時を決めて開放はしており参加要件や会員を決めず、がん患者を中心にがんに関心を持つ人が自発的に集い交流している場である。

がんサロンの法的根拠は示されていない。しかし、法的な位置づけについては、がん対策基本法にあり、2016 年同法の改正に伴い、2022 年 6 月の「がん診療連携拠点病院の整備についての指針改正（案）」において、文末の資料用語の定義として、患者サロンは初めて公文書に説明が明記された。

それによるとがんサロンの定義は「患者サロンは医療機関や地域の集会所などで開かれる、患者や家族などが、がんのことを気軽に語り合う交流の場をいう」と明記された（厚生労働省健康局 がん・疾病対策課 2022）。

ここに記されている患者サロンはがんサロンと同じ意味である。地域の実情に合わせて活動してきたがんサロンが社会で一定の理解や認知が広がったためと考えられる。

がんに関する基本的な考え方は、「がん対策基本法（2006（平成18）年法律98号公布 2007（平成19）年4月1日施行）」に規定されている。しかし、同法にはがん患者サロンの定義と用語の記載はなかった。

そこで、同法においてがんサロンが相当すると考えられる箇所を探すと、同法第22条民間団体の活動に対する支援にある「民間の団体が行うがん患者の支援に関する活動、がん患者の団体が行う情報交換等の活動等を支援」の中にある「がん患者の団体」の中に、がんサロンは相当すると考えられる。しかし、本研究のがんサロンは患者が集う集団であり、必ずしも団体ではない。

また、がん対策基本法の第9条第5項の規定に基づく第1期がん対策推進基本計画では、がんサロンの名称は用いられていないものの、がん医療に関する相談支援及び情報提供の項目にある今後取り組むべき課題として、がん患者や家族等が心の悩みや体験等を語り合う場を自主的に提供している活動を促進していくための検討が掲げられている。これはがんサロンの活動内容の患者同士の交流を示すものと考えられる。つまり、サロンの名称は使われていないが、がんサロンのような患者同士の交流の必要性は、国の検討課題となっていることが明らかとなった。

この検討課題は、2008年「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針（厚生労働省通知）」の医療施設の項目に、「がん患者及びその家族が心の悩みや体験を語り合うための場を設けることが望ましい」とあり、がん診療連携拠点病院の指定要件として明記されている（厚生労働省2008）。

さらに「がん診療連携拠点病院の整備について」には、がん相談支援センターの1つの業務として患者サロンの支援が記載されている。しかし、がん診療連携拠点病院やがん相談支援センターでは、効果的な同病者との交流までを含む包括的な支援の体制は整っておらず（総務省行政評価局2016）、各機関に任されているのが現状である。またがん相談支援センターでは、任されても支援の具体的方法がわからないという問題に直面している（宮本ら2016）。

はじめて公文書にがん患者サロンが明記されるのは、2014（平成26）年1月「がん診療連携拠点病院等の整備について（健発0101第7号）」のがん相談支援センターの業務の12項目のうちの1項目として「医療関係者と患者会等が共同で運営するサポートグループ活動や患者サロンの定期開催等の患者活動に対する支援」であった。明記はされているがサロンの用語の説明や定義はなかった。

加えて本研究の現地調査（2018年9月から2019年6月に実施）前には、がんサロンを運営する機関によって、呼称や位置付けが曖昧になっていた（表1-2）。

表 1-2 公的機関で用いられている「がんサロン」の用語の説明

機関種別	サロンに関連する定義を掲載している機関	用語	用語説明(引用)
国立研究開発法人	国立がん研究センターがん情報サービス ホームページ (2021)	患者サロン	患者や家族などが、がんのことを気軽に語り合う交流の場の中で、医療機関や地域の集会場などで開かれています。運営の主体や仕組みはさまざまで、患者や家族が主体となっているサロンや医療者を中心に活動しているサロン、患者・家族と医療者が協力しながら運営しているサロンもあります。
独立行政法人	国立がん研究センターがん対策情報センター (2014)『がん専門相談員のためのがんサロンの設立と運営のヒント集』pp.8-9	がんサロン	がんサバイバーの幅広い問題を扱い、同じ立場であるがんサバイバーが運営の主体となり、時に医療者が黒子として関わりながら運営されている、ささやかなサポート提供の場
厚生労働省委託事業	平成25年度厚生労働省委託事業がん総合相談に関わる者に対する研修プログラム策定事業 運営委員会 (2014)『研修テキストがんサロン編 よりよいグループ・サポートを進めるために』p.17	がんサロン	がんサロンとは「がん患者やその家族などが集まり、交流や情報交換をする場」のことで、グループによるサポート、あるいは患者・家族などによる助け合いであり、がんサロンという呼称が国内では一般的に使われます。
厚生労働省委託事業	令和元年度厚生労働省委託事業がん総合相談に関わる者に対する研修事業 改訂委員会 (2020)『ピア・サポーター養成テキスト 2020年度版』p.50	がんサロン	「がんサロン」は「がん患者やその家族などが集まり、交流や情報交換をする場」のことであり、同じ「がんサロン」でも、個人的に相談できる場所としてのサロン、毎回固定したメンバーが参加するサロン、講演会などイベントと連動して何十人もが参加するサロンなど活動には幅があります。
島根県	島根県ホームページ 健康推進課 (2022)	がんサロン・がん患者団体	がん患者や家族などの方々が、病院の会議室や保健センターなどに集まって、お互いの療養体験を語り合ったり、がん医療の最新情報などを学習したりする場があります。
島根県	島根県 健康福祉部 健康推進課 がん対策推進室 (2017)『しまねのがんサポートブック』p.36	がんサロン	がん患者や家族、遺族の方々がお互いの療養体験を語り、励まし合うとともに、情報交換や意見交換、学習会などを行うための交流の場である。
患者団体	特定非営利活動法人 がん患者団体支援機構 (2018)『がん患者サロンについてみよう』p.1	がん患者サロン	がん患者サロンは、「誰にも話したくない想い」を話し、聴くことで、気持ちを分かち合うところ

資料 国立がん研究センターがん情報サービス ホームページ (2021), 『がん専門相談員のためのがんサロンの設立と運営のヒント集 (2014), 『研修テキストがんサロン編 よりよいグループ・サポートを進めるために』 (2014), 『ピア・サポーター養成テキスト 2020年度版』 (2020), 島根県ホームページ 健康推進課 (2022), 『しまねのがんサポートブック』 (2017), 『がん患者サロンについてみよう』 (2018) より筆者作成

現在、すでになんサロンは全国に広がっており、なんサロンの呼称は「患者サロン」「がん患者サロン」「がんサロン」など統一はされていない。また用語説明においても、患者同士の交流の場を示しているものと、活動内容を示しているものがあり、そのために活動の範囲もわかりにくいことがわかった。

1-3-2. 全国のがんサロンの設置状況

各都道府県のがん情報冊子や都道府県ホームページを調べる(附録4掲載)と、2021年、全国のがんサロン総数は717か所であった(表1-3)。なお、東京都と静岡県はがんサロンとがん対策が進んでいるが、行政にまとまったがんサロンの情報の掲載がなく、振り分けが困難であったため記入していない。これらのことから、全国のがんサロン実数は現在720か所をはるかに超えると考えられる。加えて資料で確認できるがんサロンのうち、病院内に開設されている院内サロン数は602か所程度あり、全体の84%を占めている。

2022年4月現在、全国の拠点病院は453か所あり、そのほとんどにおいてがん患者の交流の場は開設されている。また、がん診療連携拠点病院の指定を受けていない病院や医院、診療所などの約160か所(院内サロンの約26%)にも、院内サロンは開設されており、現在は全ての都道府県にて、地域の実情に合わせたが

んサロンを含むがん患者の交流の場が開設されている。現在は、都心の医療機関では対面のがんサロンは人数制限がされ、それと共に、オンラインでのがんサロンが開催されていることも多く見られた。

今回、筆者が各都道府県のがん情報冊子や都道府県ホームページを調べ、全国のがんサロンの特徴を調べようと試みたが、次の5点の課題があった。① 数多くの呼称が存在する点。② 都道府県で「がんサロン」「がん患者会・家族会」及び「患者団体」「患者支援団体」「支援グループ」等の紹介がされていたが、がんサロンとがん患者会や患者団体、支援団体との区別や、支援内容などの相違点は明らかにされておらず、近似した活動が行なわれている点。③ 地域にある団体や患者団体の本部のホームページまでたどらなければ「がんサロンの開催について情報が入手できない場合があり、詳細を追跡することは困難な点。④ 一部の都道府県では冊子やホームページで記入されてなく、がん診療連携拠点病院のホームページを開くが情報の取得が難しい点。⑤ 都道府県によって表記が異なっている点であった。

この結果から、都道府県によってがんサロンの表記が異なっており、開催や活動場所から医療施設にある院内がんサロンや地域で行われている地域がんサロンの開催までは調べることができるが、医療者が主導するタイプのがんサロン、患者が主導するがんサロンのタイプまでは調べられなかった。加えて、がんサロンや患者会などのサポートグループとセルフヘルプグループを区分けすることが困難であった。

表 1-3 2021 年度の都道府県のがんサロン数と開催場所

場所	サロン (がん患者サロン、がん患者・ 家族がんサロン)		患者会とサロン (併記により区別 不可)	サロンの開設の 有無は不明 6. 患者会・家族会 及び患者団体、 患者支援団体、 支援グループ (家族会を含む)	合計
	1. 病院内	2. 病院外			
1 北海道	34			25	59
2 青森県	8			18	26
3 岩手県	13	1		13	27
4 宮城県			27		27
5 秋田県	16	15			31
6 山形県	8		15		23
7 福島県	12	4		16	32
8 茨城県	16			31	47
9 栃木県	2			17	19
10 群馬県	18			23	41
11 埼玉県	24			30	54
12 千葉県	24	14		14	52
13 東京都				28	28
14 神奈川県	30			30	60
15 新潟県	10				10
16 富山県	14	2		21	37
17 石川県	16	2		8	26
18 福井県	8	3		10	21
19 山梨県	1				1
20 長野県	13			19	32
21 岐阜県	11			17	28
22 静岡県				4	4
23 愛知県	42			6	48
24 三重県	10	10		12	32
25 滋賀県	9	4		7	20
26 京都府	26	11		12	49
27 大阪府	51			35	86
28 兵庫県	16			18	34
29 奈良県	10	3		9	22
30 和歌山県	10	2			12
31 鳥取県	6				6
32 島根県	17	8		2	27
33 岡山県	7			17	24
34 広島県	18	12		18	48
35 山口県	9				9
36 徳島県	4			3	7
37 香川県	4	1		8	13
38 愛媛県	14	1			15
39 高知県	7	1		4	12
40 福岡県			26	28	54
41 佐賀県	4	7		22	33
42 長崎県	9			12	21
43 熊本県	21	7		15	43
44 大分県	15	4		8	27
45 宮崎県	1			9	10
46 鹿児島県	5	3		18	26
47 沖縄県	9			21	30
合計	602	115	68	608	1,393
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 全国のがんサロン総数 717か所 </div>					

附録 4「表 1-3 2021 年度の都道府県のがんサロン数と開催場所 参考資料一覧」に記載している資料より筆者作成
 灰色をつけた都道府県はがんハンドブック等がない、もしくはがんハンドブック等「がんサロン」等の掲載がなかったため、県のホーム
 ページより情報を取得した。なお、東京都と静岡県は行政にまとまった情報の掲載がなく、振り分けが困難であり記入していない。

1-3-3. がん以外の他疾患サロンとがんサロンの歴史的背景

1-3-3-1. 医療者主導型タイプが多いがん以外の他疾患の患者サロンの歴史的背景

先行研究から、がん以外の他疾患の患者サロン（以下本節ではサロンと略する）はどのように発展してきたのかを述べる。患者サロンの始まりは、1987年6月、沖永良部島において徳之島定期巡回医療従事者が精神科の患者同士のつながりの場として地域にサロンを開設したことにはじまる（角南 1990）。1993年には、難病や認知症の家族への支援としてサロンなどの取り組みが報告され（三谷 1993）、1995年には、精神科病院の外来と入院患者の交流の場としての院内サロンの報告があった（西村ら 1995）。

つまり、日本では、1980年代後半から精神科領域で、医療者が患者や家族同士の交流やつながりの場に着眼し、医療者がサロンを開設し実践していたことが明らかとなった。その背景には医療過疎地域で医療者不在時に、患者同士が助け合いできるなかま作りの必要性があったからである。いわゆる同病者同士の支え合いの必要性を認識し、サロン開設を実践していたと考えられる。

1990年後半には難病（神経疾患）の患者の生きがい支援の取り組みとしてサロンの活動が報告されている（杉原ら 1999, 三谷 1993）。2006年には糖尿病の患者サロンが院内で、フットケアなど自己管理の支援を目的としたサロンが開設した（作間ら 2006, 荒井 2007ら, 魚里 2007など）。その他の患者サロンの疾患は、オストメイト（荒木 2012）、ロービジョン（矢坂ら 2014, 実田ら 2009, 嶋田ら 2008）、透析、失語症、発達障害などがあつた。

これらの報告からサロンの目的は、つながりや生きがい、不安や悩みなどの共有、情報の共有、自己管理能力の向上などであった。また、対象になる疾患は、治癒を見込む疾患ではなく、慢性的な経過をたどり、患者自身が自己管理を継続しなければ悪化する可能性があるものであるといえよう。言い換えれば、病気を理解し共存する慢性疾患や障害である。また、医療関係者は、診療範囲（診療報酬）を超えて、患者だけでなく、家族や地域住民を含めた交流の場を開設し、患者の生活の質を向上しようとサロンを開設していった背景が明らかとなった。

2015年には、地域で暮らす患者遺族を対象とした遺族のためのサロンの必要性が報告されており（豊田ら 2015）、2019年には助産分野の妊婦サロン（岸田ら 2019）、母親教室と助産師との関わりのサロン（輪島ら 2000, 佐々木ら 2010）、不妊症患者のニーズとケアに関する語り場作りを目的としたサロン（川元ら 2015, 佐々木ら 2010）が開設されている。20年以上開設されている「そよかぜサロン」はたくさんの中かまを無条件で受け入れ続け、病院から地域での精神障がい者の居場所を住民と一緒に作ってきた（浅野 2021）。現在、がんサロンでも10年以上継続して運営しているがんサロンも多くなり、その評価が求められている。

以上のことから、患者サロン活動は1990年から院内や地域で多数開催されていることが明らかとなった。現在の「5疾患・5事業 [注 2]」などを対象にし、医療関係者が患者の交流の場として、患者たちが集まりやす

い病院内や公的な場所に患者サロンを開設した。医療や医療関係者だけでは限界があり支えきれない病気や障害、または生活上の困難な状況にある人に対し、サロンを開設し同病者支援を実践していたことが明らかとなった。すなわち、他疾患では医療者主導型サロンが主流であることが明らかとなった。

なお、幼児と親対象の「親と子のサロン」や、高齢者のいきいきサロンなどについては地域の民生児童委員や社会福祉協議会などが実施しているので本研究では触れない。加えて、日本では1907年から始まったハンセン病患者の隔離収容施設での同病者らによる支え合いから多くの学ぶべきことはあるが、本研究では地域で生活する地域密着型の同病者支援の研究であるために、本研究では触れていない。

1-3-3-2. 患者主導型、医療者主導型、ボランティア主導型タイプのがんサロンの歴史的背景

2007年のがん対策基本計画には、「患者や家族等が、心の悩みや体験などを語り合うことにより不安が解消された、安心感につながったという例もあることから、こうした場を自主的に提供している活動を促進していくための検討を行う」ことが明記された。その後、2008年がん患者の交流の場を設けることが望ましいことが、がん診療連携拠点病院の指定要件にあげられたために、都道府県のがん診療連携拠点病院内でがんサロンは比較的短期間の中に多くのがんサロンが開設されることになった(井上 2017)。それ以降、医療者が医療施設内で開催している病院内がんサロンの実践報告は多い。

医療者が開催し運営しているタイプ of 病院内のがんサロンの始まりは、1995年に東京大学医学部附属病院放射線科の外来サロンに開設したがんサロンである。病院内のカウンセラーが中心になり、放射線科医師の協力を得て始まった。主な目的は、入院患者が退院後も関係が継続し、患者が地域で病と共に生きていくことを援助する。また、将来的にはがんサロンの運営に患者が参加しセルフヘルプグループに発展することを期待するなどであった。特に個人カウンセリングに対する患者の抵抗感を低くすることも課題であった(広瀬 1997)。

2003年には、在宅のがん患者を対象にした緩和・ホスピスケアにデイケアの要素を取り入れたがん患者の交流サロン、東京都にある在宅ホスピス・緩和ケアを実践している“医療法人社団パリアン”が「サロン・ド・パリアン」を、イギリス型デイホスピスを参考に開設している(安藤 2016, 川越 2016)。医師と看護師が開設した。その目的は患者や家族の本音を語る交流の場所の提供である。

その一方、患者主導型のがんサロンの始まりは、2005年12月に、島根県東部の益田市の福祉センターに地域サロン「益田がんケアサロン」として開設した(納賀 2010, 村下 2012, がんナビ 2007)。それ以降、がん患者たちは、保健・医療機関、行政などに、がん患者の集まる場の必要性を訴えた。そして、がんサロンの開設場を公的施設や保健所、病院と交渉をはじめた。がん患者により島根県全圏域の地域や病院内に次々にが

んサロンが開設された。現在まで、常に約 25 カ所前後のがんサロンが運営されている。島根県のがんサロンについては第 2 章 (2-4-3) で述べる。

2007 年には、広島県の在宅ホスピスボランティア団体の“広島・ホスピスケアを進める会”によって開設された「つむぎの路」の活動がある (大石ら 2016)。このがんサロンは、2003 年から地域住民 (主婦、がん患者遺族、ボランティアなど) が医療者と連携して、電話相談や訪問ボランティアなど市民を対象にホスピスに関する啓発活動を展開していた。サロン「つむぎの路」を作り活動の基盤ができた。がんサロンの特徴としては住民参加型で、医師や看護師と連携して支援を行っている。なお、6 人のボランティアが高齢化したことにより、2021 年 3 月 31 日に閉設した。

がん患者などが企画運営している患者主導型のがんサロンが明らかである論文はあまりなく、実践報告も少ない。その中でも島根県と広島県のがんサロンの実践報告が見られた (小林 2012, 正野 2014, 納賀 2010, 田ら 2015, 大石ら 2016, 中村ら 2018)。

以上のことから、全国でがん患者のサロンが広がった背景には、がん対策基本法などの法整備があった。がん医療専門医療施設での早期がん患者のためのがんサロン、緩和ケアのデイケアの専門ケアの要素をもつがんサロン、がん患者自身が立ち上げたがんサロン、地域住民のボランティアの訪問活動から集う場所の必要性から開設されたがんサロンなど、多様ながんサロンがあることががんサロンの成り立ちからわかった。

加えて、がんサロンは緩和ケアの専門職ががんサロンを開設すると、イギリスの緩和・ホスピスのデイケアに近い専門性の高いデイケアの実践となる可能性を秘めている (中村 2007, 2010abc, 2014)。その一方、患者らのがんサロンを開設すると、地域の身近な情報交換を含めた同病者同士の支え合いに発展することがうかがえた。

患者サロンとがんサロンの成り立ちから明らかとなったことは、医療分野で始まった患者サロンの背景には、患者の慢性疾患や体験者だから共有できる心情的な課題と、医療へのアクセスの難しさやへき地医療の課題、制度政策の切れ間 (空白)、医療関係者不足などの制度の課題があると考えられる。そのような状況を打開するために、支援の 1 つの方法が同病者同士の交流や支え合いの場のサロン開設であった。

それは、がんサロンでも同じであった。加えてがんサロンの特徴であるが、他疾患サロンにおいて、患者が主導的にサロンを行った研究は見当たらなかった。このことから、患者主導型がんサロンの効果の研究は慢性疾患や難病などの他疾患においても、患者当事者の会 (がんサロン) の開設・運営方法に重要な示唆を与えらるるといえよう。

1-3-4. 患者主導型がんサロンを含めた4つの運営タイプのがんサロンの形態

がんサロンとは、登録制や会員制の会などの会員のような参加要件がなく、がん患者が自発的に参加し自由に交流する場である。そのがんサロンであるが、先行研究では「がんサロン」にある決まった1つの姿やあり方はないということである（日本対がん協会 2014）。その一方で先行研究や参考資料から開設場所の違いにより、病院（内）サロンや地域サロンの2つの形態が報告されている（中谷ら 2011）。またそれとは別に、誰が主導し運営しているかによって4つの運営タイプに分けられることが明らかとなった（中村ら 2018）。

そこで、平成 25 年度厚生労働省委託事業がん総合相談に携わるものに対する研修プログラム策定事業（2014）『研修テキスト がんサロン編』の 81～118 頁に掲載されている「良いグループ・サポートを進めるためのがんサロン」に掲載されているがんサロンを、前節（第1章1-3-3-2）にある運営タイプで分けてみると、次の4つの運営タイプが確認された（表 1-4）。運営タイプごとのメリットとデメリットについても概観する。

(1) がん患者が主導する運営タイプ = 患者主導型がんサロン

がん患者や家族が自発的に設立し、自主運営している。病院（内）や地域など開催場所はがん患者や家族が交渉し確保しており、専門職や行政職などが後方支援している場合も、全くない場合もある。

メリットは、地域で暮らす患者目線の情報は共有されるなどの同病者同士の経験による知と知の蓄積を伝承していくことが可能である。また運営は患者が行うことになり、患者たちの自由な発想で活動でき、組織や団体の制約を受けにくい。デメリットには運営にかかる費用の捻出や開設場所などの確保などもがん患者が担うので、同病者の中でもリーダー（外部との交渉担当など）を担う世話役が必要となる。

(2) 医療施設などに従事する医療専門職が主導する運営タイプ = 医療者主導型がんサロン

医療専門職とは、看護師、がん専門相談員、社会福祉士やソーシャルワーカー、心理療法士などが参加している。メリットは、医療者側にはサロン活動内容を把握しやすく、また勉強会やサロン内でがん教育が可能である。交流会では医療者とがん患者が交流することによって、医療者は退院後の患者の生活のイメージができて退院指導がしやすい。患者は医療者に運営を任せて、一般の参加者として参加できる。医療者がいることで医療や治療での悩みは相談しやすく、特にサロン近くに個室相談室があった場合には相談しやすい。デメリットには患者がサロンでの話題は本人が気づかないうちに制限されている。具体的には、患者は不摂生した生活の話をするとうちや指図されることや、患者ではない医療者に同病者同士の心情の吐露は話づらいことが考えられる。

(3) 患者団体やNPO法人、病院組織下にあるがん患者会の会員などが主導する運営タイプ

= 患者団体・患者会主導型がんサロン

メリットは、患部部位によりサロンが分かれているために、部位の同病患者との出会いがある。また自分に近い治療を行っている患者との情報交流や研修や勉強会に参加できる。また全国の同病者が多く集まるので、

たくさんの患者目線の情報が取得できる。デメリットには同病者同士の心情の吐露や日常生活の話もできるが、患者主導型がんサロンのように、地域を限定した情報交流は難しい。団体や NPO 法人、病院組織下にあるので参加にかかる費用が発生しやすい。

(4) 医療施設以外の行政職や専門職などが主導する運営タイプ = 行政職等主導型がんサロン

地域行政職や専門職とは、具体的には保健師、社会福祉士、介護支援専門員、事務職などがいる。

メリットは、地域に暮らす人が多くその地域の情報や交流ができる。また地域行政職や専門職は身近な情報の提供をしてくれ、生活に根付いた相談ができる。デメリットには常連の人が多くなりやすく、参加者が固定されやすい。

4 運営タイプのメリットとデメリットについては、筆者の参与観察やインタビュー（中村 2012, 2019）を基にして述べたが、今後の更なる研究を要する。以上のことから、本研究では、がん患者や家族が自発的に設立し、自主運営され、地域や医療施設内に開設しているものを運営タイプのがんサロンを患者主導型がんサロンと規定し、本研究の対象とする。

表 1-4 がんサロンの運営によるタイプ

名称	運営タイプ	参加企画する人	メリット	デメリット
1 患者主導型がんサロン	がん患者が主導	がん患者、家族、遺族	<ul style="list-style-type: none"> 地域での患者が必要とする情報は共有されるなどの同病者同士による経験による知と知の蓄積を伝承していくことが可能 運営は患者が行うので運営者の自由な発想で活動でき、組織や団体の制約を受けにくい 	<ul style="list-style-type: none"> 運営にかかる費用の捻出や開設場所などの確保などもがん患者が担う 同病者の中でもリーダー（外部との交渉担当など）を担う世話役が必要となる
2 医療者主導型がんサロン	医療施設などに従事する専門職が主導	看護師、がん相談支援員、社会福祉士やソーシャルワーカー、心理療法士	<ul style="list-style-type: none"> 医療者側にはサロン活動内容を把握しやすく、また勉強会やサロン内でがん教育が可能 医療者とがん患者の交流により医療者は退院後の患者の生活のイメージができ、個性のある退院指導がしやすい 患者は医療者に運営を任せて関わらなくてもよく、参加者として参加できる 医療者がいることで医療や治療での悩みは相談しやすく、特にサロン近くに個室相談室があった場合には相談しやすい 	<ul style="list-style-type: none"> 患者はサロンでの話題は本人が気づかないうちに制限されている（具体例：患者は不摂生した生活の話をすると注意や指導される。患者ではない医療者に同病者同士の心情の吐露は話づらい）
3 患者団体・患者会主導型がんサロン	患者団体やNPO法人、病院組織下にあるがん患者会の会員などが主導	患者団体や患者会会員	<ul style="list-style-type: none"> 患部部位別にサロンがあるために、部位の同病者との出会いがある 自分に近い治療を行っている患者との情報交流や研修や勉強会に参加可能 全国の同病者が多く集まるので、たくさんの患者が必要とする情報が取得できる 同病者同士の心情の吐露や日常生活の創意工夫の話もできる 	<ul style="list-style-type: none"> 患者主導型がんサロンのように、地域を限定した情報交流は難しい 団体やNPO法人、病院組織下にあるので参加にかかる費用
4 行政職等主導型がんサロン	医療施設以外の行政職や専門職などが主導	行政職や専門職（保健師、社会福祉士、介護支援専門員、事務職など）	<ul style="list-style-type: none"> 地域に暮らす人が多くその地域の情報や交流ができる 行政職や専門職は身近な情報の提供をしてくれ、生活に根付いた相談ができる 	<ul style="list-style-type: none"> 参加者が固定されやすい

平成 25 年度厚生労働省委託事業がん総合相談に携わるものに対する研修プログラム策定事業（2014）『研修テキスト がんサロン編』の pp.81-118 に掲載されている「良いグループ・サポートを進めるためのがんサロン」に記載している資料より筆者作成

1-3-5. 患者主導型がんサロンの世話役の活動

先行研究（中村 2012）から患者主導型がんサロンの世話役の活動を上げると、次の 8 点にまとめられた。

1. サロンの交流会やイベント開催の企画運営・準備・後片付けをする
2. アクセス窓口となっている
具体的には、窓口として世話役の電話が公開されている。
3. 交流会時のファシリテーションをする
① 具体的には、会話が滞った時は話題を提供する。② ネガティブなことは言わないように努める。③ 初めての参加者と他参加者との関係が円滑に進むように、世話役自身の自己紹介や参加者の紹介を簡単に行い、打ち解けられる言葉かけなどの配慮を行う。また、交流会が円滑に進むように配慮を行う。④ 初めての参加者がいる時は、ルールを説明し、特に守秘義務を徹底し、またルールを守らない参加者がいた場合は注意をする。
4. 専門職や機関との連携をする
具体的には医療相談や経済的な相談等はソーシャルワーカーや医療者などを紹介し、必要があれば紹介や連絡をする。
5. 広報活動として、定期便りの作成を行う
6. 教育機関への活動
小・中学校において「いのちの授業」や医学部・看護学部での講演などを行っている。また、「島根県未来の医療人を育てる場」として学生が参加し、がん患者の気持ちを聞き学ぶ場の活動をする。
7. 世話役同士の支え合いや運営についての相談
8. がん対策推進のための活動
① 行政などと連携したがん予防・検診普及啓発活動 i .普及啓発活動を兼ねてのイベント活動（サロンコンサートの実施など） ii .季節行事の実施、福祉フェスティバルへの参加 iii .保健所などとタイアップして保育所や乳児検診時、スーパーマーケットで実施
② 県内のがん対策推進のための活動 i .世話役 2 名が島根県がん対策推進協議会委員として、県がん対策推進会に参加 ii .地域医療支援対策協議会への参加 iii .がん診療連携拠点病院等の病院長とがん患者団体などとの意見交換会への参加

これらの役割は全ての世話役が担っているものではない。しかし、これらの活動は世話役の個人的なボランティア活動により支えられている。世話役が配慮していることは、ボランティアの範囲は決して超えないというこ

とであったが、その活動範囲は大変広いことがわかり、またサロン以外でも地域活動をしていることも明らかとなった。世話役の活動に関しては第3章、第4章で明らかにする。

1-4. がんサロンの先行文献の研究

1-4-1. 日本におけるがんサロンの先行文献の研究

2020年以前の先行研究から三点を整理する。第一にがんサロンの実態とがんサロンの活動、第二に報告要旨集や実践報告から病院内サロンの概要、第三にがんサロンの課題についてを、次に述べる。

第一に、論文や研究報告からがんサロンの実態と効果については記述されているものは6件あった(表1-5, 34頁)。定義を示している論文はそのうち、中村(2019)、田ら(2015)であった。双方とも島根県のがんサロンである。田らは、25府県のがんサロンの全体像を可視化し、また島根県のがんサロン運営概要や室内環境、活動について参与観察を基に明らかにした。また、中村は島根県の4か所のがんサロンの参与観察とがん患者と世話役などにインタビューを行い、島根県のがんサロンの実態を可視化した。

この6件の論文で、がん患者などを対象としている研究は中村(2019)、栗栖ら(2018)、後藤(2013)でインタビュー調査であった。それらのがんサロンの効果として、安心できる場やロールモデルとの出会いの場など心情的な効果、患者の思考をポジティブにすることを示していた。

また、医療専門職ががんサロンでファシリテーションなどを行うことにより、がんサロンが人生を支える場という認識や、対人援助者としての価値や技術の変化があったことを要因分析し、医療専門職ががんサロンに携わることの教育的効果を示す研究もある(井上2017)。さらに、Matsuiら(2017)の研究はがん相談支援センターを利用する人を対象としており、その中にごんサロン参加者も一部入っているがその割合は低く、がんサロンの実態を示すとまではいえなかった。

次に、がんサロンの活動について述べている論文や研究報告は15件あった(表1-6, 35頁)。なお、これらにはがんサロンと明記されていないものもある。本文を読み、がん患者同士の交流について書かれていた論文や研究報告も今回含めている。

がんサロンの活動については、交流や集う、語り合い、情報交流、イベント、リラクゼーションなどを中心に行われていた。活動の方法は、全てグループの対面式で行われており、1ヶ所ではインターネット(電子メール)を用いていた(改發2015)。

がんサロンの主催者は病院内の医療・福祉・心理などの専門職が多いことがわかった。また、がん患者、患者団体や患者会、ボランティアが数件あった。以上のことから、医療主導型がんサロンが多いことが明らかとな

った。また、論文だけでは、がん患者、患者団体や患者会、ボランティアの中に有資格者がいる場合もあり、サポートグループなのか、セルフヘルプグループなのか選別することが難しかった。すなわち、患者主導型がんサロンであるかどうかは、筆者自身の研究以外は明らかとはならなかった。

第二に、報告要旨集や実践報告から病院内サロンの概要を示すと、がんサロンの参加者は女性が多く、がん患者や家族が多いことや、がんサロンの活動内容としてはがん患者同士の交流や情報交換、勉強会、研修会、相談会、レクリエーション、茶話会、ピア・サポートなど多岐にわたることなどが報告されている（五十嵐ら 2018, 伊藤ら 2016, 上田ら 2013, 藤本ら 2014, 室田ら 2019, 森崎ら 2015, 吉田ら 2018）。

第三に、がんサロンの課題としては、3点あった。「1. がんサロンの利用をしやすい環境作り（多川 2014）」「2. がん患者・経験者や家族ががんサロンで中心的な役割を担えるようになる人材育成」「3. がんサロン活動の主体を医療者からがん患者・経験者や家族へスムーズに移行する方法（青木ら 2019）」などが指摘されていた。さらに、がん専門相談員の研修テキストには、「最終的にはがんサロンはがん患者が医療関係者から独立して活動を進め、相互交流を進める主役、運営するのはがん患者であることである」と記載されていることから、現在、がんサロン運営の担い手については、医療専門職からがん患者への移行の過渡期にあると考えられる。

1-4-2. 海外におけるがんサロンに類似する活動の先行文献の研究

がん患者が運営しているがんサロンの先行研究が国内にはなかったことから、がん同病者同士の支え合いについて先進国である欧米などの取り組みに着目した。その中でも英語文献が閲覧できるアメリカとイギリス、カナダ、オーストラリアで全がん対象のがん患者団体のホームページから情報を入手し、がんサロンと近似している交流の場を調べたところ、次のがん患者団体や組織が確認された（表1-7）。

アメリカの主要な団体にはAmerican Cancer Society、American Society of Clinical Oncology、National Coalition for Cancer Survivorship など、またイギリスの主要な団体にはSt. Christopher's Hospice、St. Luke's Hospice、Maggie's、Macmillan Cancer Support など、カナダの主要な団体にはCanadian Cancer Society、BC Cancer、The Ovarian Cancer Peer Support Network など、そして、オーストラリアの主要な団体にはBreast Cancer Network Australia など [注3] があつた。国のがん対策の公的支援組織やがん患者団体としてがん患者の支援を行っていた。これらの中でface-to-faceの集まりにがんサロンは位置するとうかがえる。face-to-faceの集まりの情報は各国内からのアクセスに限定されており、本調査では追求することができなかつた。またイギリスではホスピス・緩和ケアで行われている終末期のがん患者のデイケアはがんサロンに比較的近い領域であつた。

したがって、海外において本研究で対象とする二次圏域程度の地域で行われているがんサロンおよび患者同士の対面の交流については、今回はわからなかった。

表 1-7 アメリカ、イギリス、カナダの主要ながん公的支援組織と患者団体

国名	団体名	ホームページ
アメリカ	American Cancer Society	https://www.cancer.org/
	American Society of Clinical Oncology	https://beta.asco.org
	National Coalition for Cancer Survivorship	https://canceradvocacy.org/
イギリス	St. Christopher's Hospice	https://www.stchristophers.org.uk
	St. Luke's Hospice	https://www.stlukes-hospice.org
	Maggie's	https://www.maggies.org
	Macmillan Cancer Support	https://www.macmillan.org.uk
カナダ	Canadian Cancer Society	https://cancer.ca/en/
	BC Cancer	http://www.bccancer.bc.ca
	The Ovarian Cancer Peer Support Network	http://ovcapeers.com
オーストラリア	Breast Cancer Network Australia	https://www.bcna.org.au

1-4-3. がんサロンの近似用語

がんサロンの近似用語には、“peer support ピア・サポート”、“support groups サポートグループ”、“self-help group セルフヘルプグループ”がある。表 1-5 に示した団体によるがん患者支援のうち、日本のがんサロンの定義に近いグループは、“cancer peer support がんピア・サポート”に分類され、がんピア・サポートは、「がん患者に対して同じくがんを経験したことのある人から提供されるサポートのこと」と定義されている（Gray ら 1997）。また、オンコロジーソーシャルワークのテキスト『Handbook of oncology social work』での、“support groups”の項目の中には、がんピア・サポートが含まれている（Christ ら 2015）。がんピア・サポートは、自己、がんとの生活、および他者との相互作用に関連して自信と制御の感覚が増すことが主要な成果とあり、特に、感情表現のための安全な空間を提供することによって、医療関係者や家族・友人との関係を調整し、患者のケアの負担を軽減することにまで及ぶと述べている。

サポートグループは、「共通の問題を抱える人々に精神的なサポートと情報を提供する目的で集まる。多くの場合、専門家が進行役を務め、社会的機関やより大規模で正式な組織と連携している。会員資格があり、主催する組織がサービスを提供していない個人を除外することが多い」とある（Katz ら 1990）。その一方、セルフヘルプグループは、「同じような境遇にある人たちが集まって、自分自身の身体、精神、行動に責任を持ち、他の人たちが同じようにできるように手助けをする方法を提供するものである」としている。Kurtz（1997）もセ

セルフヘルプグループ定義を「メンバー全員が共有する一つの人生の問題や状態に取り組む相互扶助グループである」と述べている。

以上のことから、がんサロンにおけるサポートグループとセルフヘルプグループは、規模の大きさに加え、参加メンバーとして専門職の介入があるかどうかの違いといえる。実際には、サポートグループとセルフヘルプグループの研究を分けることが難しく、セルフヘルプグループの研究では、非支持的な専門職の介入の度合い、セルフヘルプグループのリーダーが専門職である場合やそれが明らかとならない場合もある。また両方とも混合している研究も多いことがわかっている（Christら2015）。黄らの研究によると、がん患者会の活動内容がグループごとに多様であり、設立要件なども異なるため、統制群の設定やグループ間の比較が困難であり、セルフヘルプグループはサポートグループよりエビデンスに基づく研究が少ないとしている。どちらのグループも、参加は当事者が主体的に決定することを原則としており、実験参加者をランダムに割り付けるという実験手続きは馴染まないとされる（黄ら2011, 黄ら2012, 黄ら2013, 黄2014, 黄ら2014）。

日本では、国ががんピア・サポート研修をがん対策基本計画に位置付け、都道府県が実施しているが、その認知度は低くあまり活用されていない（総務省2016）。また、サポートグループとセルフヘルプグループについては、慢性疾患や精神疾患の研究に蓄積はある。その一方、がん疾患においては、専門家が介入するサポートグループとがん患者などが中心に行うセルフヘルプグループの特徴についての研究はこれからの段階である。

表 1-6 先行研究の文献レビュー がんサロン参加者と活動プログラム

番号	著者名, 出版年	文献	対象	プログラムの方法	プログラムの内容	①プログラム開始年, ②場所, ③主催者	参加者
1	中村明美, 2019	鳥根県におけるがんサロンの実態研究	がん患者	①サロン ②グループ対面式 ③グループ対面式	語り合い, 情報交換, イベント, 検診普及啓発活動 語り合い, 情報交換, イベント, 検診普及啓発活動, 心理的な相談 電話相談, 必要により訪問活動 語り合い, 情報交換, イベント, 検診普及啓発活動 語り合い, 情報交換, イベント, 検診普及啓発活動	①2008 (平成18) 年, ②病院, ③患者 ①2005 (平成17) 年, ②地域, ③患者 ①2008 (平成20) 年, ②保健センター, ③患者 ①2012 (平成24) 年, ②病院, ③患者	がん患者, 家族
2	栗栖千尋, 岡田麻里, 2018	地域のがんサロン参加を通じてがん体験者が社会的役割を獲得する過程	がん患者	③グループ対面式 他のがん体験者との相互交流	記載なし	①不明 ②地域ががんサロン ③在宅ホスピスボランティア	がん経験者
3	後藤みゆき, 2013	地域住民ボランティアによるがんサロン活動の意義 がん患者へのインタビュウからの分析	がん患者	記載なし	規定のプログラムはなく, ボランティアによる手作りの食事を摂り, 送迎, 炊事室化時自宅訪問あり	①なし ②地域 ③地域住民ボランティア	患者と家族 (運送) 中心だが, がん以外の患者も参加している
4	佐藤恵子, 2012	がんサロンにおけるボランティアのピアサポーターとしての体験のプロセス	がん患者, 家族	③グループでの対面式	院内外を問わず自由参加型	①2009 (平成21) 年 ②病院 ③患者会のリーダー	がん患者, 家族
5	山本理栄, 小松崎香, 小島好子, 他, 2017	自治医科大学附属病院におけるがんサロンの現状 「がん患者と家族のサロン虹」	がん患者, 家族	③グループでの対面式	ミニレクチャー, リラクゼーション, 語り	①2014 (平成26) 年 ②病院 ③医療スタッフ	がん患者, 家族
6	河野史子, 三好真由子, 山下清美, 他, 2018	がんサロン「クロス・ステーション」の取り組みと課題に関する報告(1)	がん患者, 家族	③グループでの対面式	がんに関する学習会, 広報活動と語り	①なし ②病院 ③臨床心理士	がん患者, 家族
7	仁井山由香, 山崎恭子, 大上崇麻, 森本麻子, 2015	【癌治療】がんサロンの取り組み	がん患者, 家族	③グループでの対面式	交流	①なし ②病院 ③なし	がん患者, 家族
8	広瀬寛子, 一統時江, 梅内美保子, 2000	がん患者のための継続的サポートグループの意義	がん患者, 家族, 友人 患者体験談	③グループでの対面式	毎回のテーマに添って思うことを語っていく	①1995 (平成7) 年 ②病院 ③ナースカウンセラー, カウンセラー, 看護師	がん患者, がん患者以外の放射線科の患者
9	改厚, 2015	がんサバインバーの仲間を支える	患者体験談	⑤インターネット (電子メール) ③グループでの対面式	集う	①2010 (平成22) 年 ②大学病院 ③精養軒患者友の会	精養軒の患者
10	西智弘, 武皇綾子, 吉川幸子, 他, 2013	がんサロンの夜に開催する意義 日中間と比較して	がん患者, 家族, 友人	③グループでの対面式	20分程度がんに関するレクチャーを医師または看護師から行い, そのあとで自由に会話や意見交換を行う	①なし ②病院 ③病院スタッフ	がん患者, 家族, 友人
11	青木ひふみ, 伊藤純香, 榎木里美, 他, 2019	がんサロン (患者サロン, おしゃべりサロン) とピアサポーター相談会の現状と課題	がん患者, 家族, リピーター	③グループでの対面式	おしゃべりサロンとミニ抗議と交流会	①2011 (平成23) 年 ②相談支援センター ③がん支援センター相談員	がん患者, 家族, リピーター
12	柴原弘明, 杉村雅也, 西村大作, 2012	「がんサロン」におけるミニレクチャーの位置づけ	サロン参加者, がん患者, 家族	③グループでの対面式	ミニレクチャーと交流	①2011 ②がん相談支援センターが中心	がん患者や家族同士
13	豊田章江, 岡田麻里, 今井多樹子, 2015	地域で暮らす療養者, 家族, 遺族のためのがんサロンの意味	療養者, 家族, 遺族	③グループでの対面式	毎回の昼食の準備がなされ, 昼食のメニューは参加者で話し合っており, 決められ, 調理や買い物の役割分担も主体的に行う	①なし ②地域 ③がん患者	療養者, 家族, 遺族
14	岩崎陽子, 原田清美, 滝下幸栄, 他, 2016	大学附属病院におけるがんサロン運営に関する調査	医療者	③グループでの対面式	交流	①なし ②大学病院 ③医療従事者	患者, 家族
15	岩井久代, 2016	がん患者サロンのごみの評価と課題の明確化	医療者	③グループでの対面式	交流	①なし ②病院 ③緩和ケアチーム	がん患者, 医療者

引用文献

- Gray, R. E., Fitch, M. and Davis, C. eds. (1997) A qualitative study of breast cancer self-help groups. *Psycho-Oncology* : 6 (4) , 279-289.
- Christ, G., Messer, C. and Behar, L. (2015) *Handbook of oncology social work*. New York : Oxford University Press.
- Katz, A. H. and Bender, E. I (1990) *Self-help group in a changing world*. California : Third Party. Publishing Company.
- Kurtz, L. F. (1997) *Self-help and support groups*. London : SAGE Publications, Inc.
- Matsui, T. and Tanimukai, H. (2017) 日本人の乳癌体験者における心理社会的援助サービスの利用 (The use of psychosocial support services among Japanese breast cancer survivors). *Japanese Journal of Clinical Oncology* : 47 (8) , pp.743-748.
- 青木ひふみ・伊藤純香・篠木里美 他 (2019) がんサロン (患者サロン, おしゃべりサロン) とピアサポーター相談会の現状と課題. *海南病院学術雑誌* : 5 (1) , pp.37-41.
- 浅野美恵子 (2021) 深い想いに引きずられて「そよかぜサロン」の二〇年. *こころの科学増刊 山本昌知の臨床作法*. pp.31-35.
- 阿部まゆみ (2016) 緩和ケアの経緯と現状, および展望. *ホスピス緩和ケア白書 2016 緩和ケア・がん患者サロン・デイホスピス*. 東京都 : 青海社, pp.2-7.
- 荒井美佐子・藤澤ひろえ・山本喜久子 他 (2007) 外来糖尿病患者のネイルケア ポドログジストとの連携. *糖尿病* : 50 (Suppl.1) , p.176.
- 荒木亜紀子 (2017) 多職種から考える ACP 患者サロン「ほっとサロンいだ」からみた ACP. *治療* : 99 (6) , pp.821-824.
- 安藤洋子 (2016) がん患者サロンの経緯と現状, および展望. *ホスピス緩和ケア白書 2016 緩和ケア・がん患者サロン・デイホスピス*. 東京都 : 青海社, pp.8-11.
- 五十嵐尚子・青山真帆・吉田久美子 他 (2018) がんの治療選択や治療による生活への影響およびサポートについての宮城県の現状と課題について -宮城県内がん患者会会員調査を通して-. *東北大学医学部保健学科紀要* : 27 (1) , pp.31-42.
- 伊藤正道・光行多佳子・藤本喜久恵 他 (2016) がん診療連携拠点病院の「がん患者サロン」利用者にもみられる変化をもたらす要因 病院スタッフからみた利用者の変化から. *死の臨床* : 39 (1) , pp.166-173.

- 伊藤稔 (2021) がんサバイバーにおける疾病との共生. 政策研ニュース : 62, pp.33-41.
<https://www.jpma.or.jp/opir/news/062/pdf/pdf-06-01.pdf> (2022年9月1日アクセス可能)
- 井上祥明 (2017) がんサロンの教育的効果の検証 -対人援助職の望ましい変化に着目して-. 公益財団 在宅医療助成 勇美記念財団 2015年度 (後期) 「在宅医療研究への助成」完了報告書.
- 岩井久代 (2016) 「がん患者サロンなごみ」の評価と課題の明確化. 徳島市民病院医学雑誌 : 30, pp.105-110.
- 岩脇陽子・原田清美・滝下幸栄 他 (2016) 大学附属病院におけるがんサロン運営に関する調査. 京都府立医科大学看護学科紀要 : 26, pp.47-55.
- 上田育子・田所洋志・若林暁子 他 (2013) 当院がん患者サロン「ひだまり」の評価と課題 サロンの現状と参加者へのアンケート調査から. 癌と化学療法 : 40 (9), pp.1195-1200.
- 上村恵一 (2016) がん患者における自殺. 心身医学 : 56 (8), pp.789-795.
- 魚里明子 (2007) 在宅療養する患者, 介護する家族への支援の必要性について -生活習慣病予防のための地域看護活動の展開. 訪問看護と介護 : 12 (11), pp.916-921.
- 大石睦子・後藤みゆき (2016) 地域住民のボランティアを育てがん患者や家族のサロンを開催. コミュニティア : 18 (5), pp.22-25.
- 小川朝生・佐々木治一郎・若尾文彦 他 (2020) 令和元年度 厚生労働省委託事業がん総合相談に携わる者に対する研修事業『ピア・サポーター養成テキスト』. <http://www.peer-spt.org/pdf/text2020peerSpt.pdf> (2022年9月1日アクセス可能)
- 改發厚 (2015) がんサバイバーの仲間を支える, 医学のあゆみ : 252 (13), pp.1293-1296.
- 片木美穂 (2011) 第3回厚生科学審議会 医薬品等制度改正検討部会.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001aohz-att/2r9852000001djmd.pdf> (2022年9月1日アクセス可能)
- 角南健・廣田豊 (1990) 沖永良部島における精神科医療 (第1報) 定期巡回相談と患者サロン開設の試み. 社会精神医学 : 13 (3), p.231.
- 川越博美・松浦志のぶ (2016) 緩和ケア・がんサロン患者サロン・デイホスピス等の活動 J. 墨田区「がんサロン SAKURA (さくら)」&医療法人社団パリアンのがんサロン「サロン・ド・パリアン」. ホスピス緩和ケア白書2016 緩和ケア・がん患者サロン・デイホスピス. 東京都 : 青海社, pp.52-56.
- 埴岡健一 (2007) 患者の想いは日本一 -「患者サロン」で悩みを受け止め.
<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/cancernavi/report/200707/100082.html> (2022年9月1日アクセス可能)

福島安紀 (2009a) 全国がんサロン交流会開催 (上) 広がる「がんサロン」の効用と課題.

<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/cancernavi/report/200909/100364.html> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

福島安紀 (2009b) 全国がんサロン交流会開催 (下) サロン 22 カ所, 募金 6 億超を実現した島根の秘密.

<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/cancernavi/report/200910/100374.html> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

河野史子・三好真由子・山下清美 他 (2018) がんサロン『クロス・ステーション』の取り組みと課題に関する報告(1). 松山赤十字病院医学雑誌 : 43 (1), pp.3-9.

小林仁 (2007) がん対策基本法の意義とがん医療の在り方 -立方過程からみた現状と課題-. 立方と調査 : 265, pp.55-69.

https://www.sangiin.go.jp/japanese/annai/chousa/rippou_chousa/backnumber/2007pdf/20070302055.pdf
(2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

川元美里・森明子・中村希 (2015) 不妊に悩む女性の語り場づくり サロン活動の評価. 聖路加看護学会学術大会講演集 : 20, p.37.

特定非営利活動法人 がん患者団体支援機構 (2016) がん患者サロンにいてみよう 一人で悩まないために.

<http://canps.sakura.ne.jp/cms/wp-content/uploads/2016/04/093b9196fb6d803dbbc6367ab46f853d.pdf>
(2021 年 9 月 25 日アクセス可能)

公益財団法人 がん研究振興財団 (2022) がん統計 2022.

https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/statistics/pdf/cancer_statistics_2022.pdf(2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

がんサポート (2013) 声を上げ, 風をおこそう! 医療を患者の手にするために.

<https://gansupport.jp/article/support/support02/3498.html> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

「がんの社会学」に関する合同研究班 (2004) がんと向き合った 7,885 人の声 (がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査報告書 概要版) (平成 26 年 1 月発行).

https://www.scchr.jp/cms/wp-content/uploads/2015/11/taiken_koe_jpn.pdf (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

- 「がんの社会学」に関する合同研究班 (2016) がんと向き合った 4,054 人の声 (2013 がん体験者の悩みや負担等に関する実態調査 報告書). https://www.scchr.jp/cms/wp-content/uploads/2016/07/2013taiken_koe.pdf (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 岸田泰子・ケニヨン充子・三里久美子 他 (2019) 都心部における妊婦サロンの運営と評価 達成感, 満足感, 快適性について. 日本看護科学学会学術集会講演集 : 39, PA-27-12.
- 栗栖千尋・岡田麻里 (2018) 地域のがんサロン参加を通じてがん体験者が社会的役割を獲得する過程. 人間と科学 : 県立広島大学保健福祉学部誌 : 18 (1) , pp.69-77.
- 厚生労働省 (2006) がん対策基本法 (平成 18 年 6 月 23 日 法律第 98 号).
https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=79aa8258&dataType=0&pageNo=1 (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 厚生労働省 (2008) がん診療連携拠点病院の整備に関する指針 (健発第 0301001 号 平成 20 年 3 月 1 日).
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 厚生労働省 (2014) 第 15 回緩和ケア推進検討会 (2014 年 10 月 29 日).
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000063257.html> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 厚生労働省 (2017) がん対策推進基本法. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/gan_keikaku03.pdf (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 厚生労働省 (2017) 国民医療費の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/17/index.html> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 厚生労働省 (2020) 仕事と治療の両立支援 がん患者・経験者の両立支援の推進について.
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryohi/kenkou/gan/gan_byoin_00008.html (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 厚生労働省健康局 がん・疾病対策課 (2022) がん診療連携拠点病院等の指定要件 (案) (令和 4 年 6 月 20 日). <https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000953014.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 厚生労働省 政策統括官付参事官付人口動態・保健社会統計室 (2021) 令和 3 年 (2021) 人口動態統計月報年計 (概数) の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai21/dl/gaikyouR3.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 厚生労働省 政策統括官付参事官付保健統計室 (2021) 令和元 (2019) 年度 国民医療費の概況 (令和 3 年 11 月 9 日). <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/19/dl/data.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

- 厚生労働省 政策統括官付参事官付保健統計室 (2022) 令和2年(2020)患者調査(確定数)の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/dl/kanjya.pdf> (2022年9月1日アクセス可能)
- 国立がん研究センターがん対策情報センター (2014) がん専門相談員のためのがんサロンの設立と運営のヒント集. https://ganjoho.jp/data/hospital/consultation/files/salon_guide01.pdf (2022年9月1日アクセス可能)
- 国立がん研究センターがん対策情報センター (2020) 患者体験調査報告書 平成30年度調査.
https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/health_s/H30_all.pdf (2022年9月1日アクセス可能)
- 国立研究開発法人国立がん研究センター (2021) がん情報サービス用語集(更新・確認日:2021年01月14日). https://ganjoho.jp/public/qa_links/dictionary/dic01/modal/kanja_salon.html (2022年9月1日アクセス可能)
- 後藤みゆき (2013) 地域住民ボランティアによるがんサロン活動の意義 -がん患者へのインタビューからの分析. 日本の地域福祉 : 26, pp.79-89.
- 小林貴美子 (2012) 患者の立場からがん検診の重要性を伝える. 保健師ジャーナル : 68 (12), pp.1068-1074.
- 再発転移がん治療情報 (2016) 特集記事 手術後の経過観察は治療の一環. (公開日2016年04月28日)
https://www.akiramenai-gan.com/da_treatment/treatment03/59734/ (2022年9月1日アクセス可能)
- 作間久美・井上亜子 (2006) フットケア 覚えておきたいこの用語 ケア用品に関すること. 糖尿病ケア : 2006 春季増刊, pp.231-234.
- 佐々木幸子・薮田亜寿紗・信崎仁美 他 (2010) 虹サロンの試み 患者サポートの有用性の検討. 日本生殖医学会雑誌 : 55 (4), p.409.
- 佐藤恵子 (2012) がんサロンにおけるボランティアのピアサポーターとしての体験のプロセス. 日本がん看護学会誌 : 26 (3), pp.81-90.
- 宍田克己・藤原りつ子・大竹温子 他 (2009) あさぎり病院における視覚障害者対象の院内サロンについて. 日本ロービジョン学会誌 : 9, pp.104-107.
- 柴原弘明・杉村龍也・西村大作 (2012) 「がんサロン」におけるミニレクチャーの位置づけ. 日本農村医学会雑誌 : 61 (1), pp.39-44.
- 嶋田律子・宮崎伸子・下神里奈 (2008) 市立池田病院におけるロービジョンケア ロービジョンケアの一環としての病院内サロン. 日本ロービジョン学会 : 8, pp.77-81.
- 島根県. 健康福祉部 健康推進課 がん対策推進室 (2017) しまねのがんサポートブック.

<https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kenko/gan/ganninatte/gansupportbook.data/zentai.pdf>

(2022年9月1日アクセス可能)

島根県健康福祉部健康推進課がん対策推進室. がんサロン・がん患者団体.

<https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kenko/gan/gansalon/gansaron.html> (2022年9月1日アクセス可能)

正野良幸 (2014) 島根県における「がんサロン」の取り組み. 京都女子大学生生活福祉学科紀要 : 10, pp.21-25.

杉原千春・青木勝彦・島貫直子 他 (1999) デュシェンヌ型筋ジストロフィー患者の生きがいへの取り組み 喫茶サロンのボランティア活動を通して. 厚生省精神・神経疾患研究委託費研究報告書 筋ジストロフィー患者のQOLの向上に関する総合的研究 平成10年度. pp.191-192.

総務省 (2016) がん対策に関する行政評価・監視 -がんの早期発見, 診療体制及び緩和ケアを中心として- <結果に基づく勧告>. https://www.soumu.go.jp/menu_news/s-news/107650.html (2022年9月1日アクセス可能)

総務省行政評価局 (2016) がん対策に関する行政評価・監視-がんの早期発見, 診療体制及び緩和ケアを中心として-結果報告. https://www.soumu.go.jp/main_content/000441363.pdf (2022年9月1日アクセス可能)

多川晴美 (2014) がん患者サロンの機能と効果. 日本看護学会論文集: 地域看護 : 44, pp.113-116.

田龍一・竹宮健司 (2015) がんサロンの全国的運営状況および島根県における運営・活動実態に関する事例研究. 日本建築学会技術報告集 : 21 (47), pp.259-264.

豊田章江・岡田麻里・今井多樹子 (2015) 地域で暮らす療養者・家族・遺族のためのがんサロンの意味. 人間と科学: 県立広島大学保健福祉学部誌 : 15 (1), pp.47-55.

中条屋進・丸山義博編 (1994) 現代フランス語辞典. 東京都 : 白水社.

中谷俊彦・小豆澤伸司・齊藤洋司 (2011) がん医療と緩和ケアに対する島根県と島根大学の取り組み. ホスピス・緩和ケア白書 2011, pp.72-76.

https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyo_2011/2011_9.4.pdf (2022年9月1日アクセス可能)

中村明美 (2007) コミュニティにおける高齢者のホスピス・緩和ケア構築の条件. イギリスにおける医療・福祉サービス連携による質確保と予算確保管理システムに関する研究-現地調査報告書- 平成16~18年度 科学研究費補助金基盤研究 (B) 研究成果報告書. p.12.

中村明美 (2010a) イギリスシェフィールドでのホスピス緩和ケア. 2010年科学研究費による報告書. pp.60-71.

- 中村明美 (2010b) 地域で暮らす虚弱高齢者への予防的介護の研究 -イギリス中間ケアから日本の高齢者
施策への提言-. 日本法政学会学会誌 : 47 (1), pp.130-141.
- 中村明美 (2010c) イギリス高齢者ケアの現状と課題 -中間ケアの現地調査研究報告-. 医療社会福祉研究 :
18, pp.43-51.
- 中村明美 (2019) 島根県におけるがんサロンの実態研究. 武庫川女子大学大学院教育学研究論集 : 14,
pp.48-55.
- 中村明美・安西将也 (2018) 癌患者の生活課題を可視化する試み -島根県癌サロンの参与分析から-. 日本
公衆衛生学会 : 65 (10), p.304.
- 仁井山由香・山崎恭子・大上紫麻 他 (2015) 【癌治療】がんサロンの取り組み. 広島市立広島市民病院医誌 :
31 (1), pp.89-94.
- 西智弘・武見綾子・吉川幸子 他 (2013) がんサロンを夜に開催する意義 日中開催と比較して. Palliative Care
Research : 8 (2), pp.341-345.
- 西村智恵子・小菌八代子・秋山文子 他 (1995) 外来・入院者の交流の場としての院内「サロン・いこい」につい
て. 病院・地域精神医学 : 37 (2), pp.217-219.
- 日本がん看護学会 (2014) 外来がん化学療法看護ガイドライン 2014 年度 (1) 抗がん剤の血管外漏出および
デバイス合併症の予防・早期発見・対処. 東京都 : 金原出版株式会社.
https://jscn.or.jp/kanko/book/gl_book02.pdf (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 日本対がん協会 (2014) 平成 25 年度厚生労働省委託事業 がん総合相談に関わる者に対する研修プログラ
ム策定事業 研修テキスト がんサロン編. [http://www.jcancer.jp/can-navi/wp-content/uploads/2015/
10/ALL_PAGES.pdf](http://www.jcancer.jp/can-navi/wp-content/uploads/2015/10/ALL_PAGES.pdf) (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 日本対がん協会 (2015) 全国 47 都道府県を対象とした「がん相談の支援体制」に関するアンケート集計結果
(2015 年 6 月). [http://www.jcancer.jp/can-navi/wp-content/themes/canNavi_v1.2/h27/s07questionnaire.
pdf](http://www.jcancer.jp/can-navi/wp-content/themes/canNavi_v1.2/h27/s07questionnaire.pdf) (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 日本サイコオンコロジー学会 (2020) 厚生労働省委託事業 令和元年度がん総合相談に関わる者に対する研
修事業 事業報告書 令和 2 (2020) 年 3 月. <http://www.peer-spt.org/pdf/jigyhouhoukokuR1.pdf> (2022 年
9 月 1 日アクセス可能)
- 納賀良一 (2010) 島根の“がんサロン” -そのパワーと秘訣-. 医学のあゆみ : 234 (12), pp.1120-1121.
- 広瀬寛子 (1997) がん患者のための外来サロンの試み. 看護学雑誌 : 61 (9), pp.850-856.
- 広瀬寛子・一鉄時江・梅内美保子 (2000) がん患者のための継続的サポートグループの意義. 死の臨床 : 23
(1), pp.104-110.

- 黄正国・館野一宏・山村崇尚 他 (2011) がん医療におけるセルフヘルプグループ研究の展望. 広島大学大学院教育学研究科紀要 第三部 教育人間科学関連領域 : 60, pp.87-193.
- 黄正国・中岡千幸・兒玉憲一 (2012) がん患者会代表者のコミュニティ援助機能評価とベネフィット・ファインディングの関連. 広島大学大学院教育学研究科紀要 第三部 教育人間科学関連領域 : 61, pp.149-158.
- 黄正国・荒井佐和子・兒玉憲一 (2013) 地域がん患者会参加者における会の援助機能評価とベネフィット・ファインディングおよびメンタルヘルスの関連. 広島大学大学院教育学研究科紀要 第三部 教育人間科学関連領域 : 62, pp.105-114.
- 黄正国 (2014) 地域がん患者会の援助機能に関する心理学的研究. 博士論文, 広島大学.
- 黄正国・兒玉憲一 (2014) 地域がん患者会の参加者におけるソーシャルサポートの授受と心理的適応との関連. 広島大学大学院教育学研究科紀要 第三部 教育人間科学関連領域 : 63, pp.57-65.
- 藤本喜久恵・阿部まゆみ・光行多佳子 他 (2014) がん診療連携拠点病院 15 施設に対する聴取調査によるがん患者サロン実施要件の検討. 死の臨床 : 37 (1) , pp.125-130.
- 平成 25 年度 厚生労働科学研究費 がん臨床研究事業 (研究代表者:高橋都)「がん患者・職場関係者・医療者に向けた就業支援カリキュラムの開発と普及啓発手法に関する研究」産業看護グループ (2014) がんをもつ労働者と職場へのより良い支援のための 12 のヒント「治療と就労の両立」支援のための産業看護職向けガイドブック Ver.2.
https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/05survivor/pdf/sangyoukangosyoku_v2.pdf (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 本田麻由美 (2008) がん対策の推進と国民・患者参画 -法定に患者の声が果たした役割-. 保健医療科学 : 57 (4) , pp.362-365. <https://www.niph.go.jp/journal/data/57-4/200857040014.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 本田麻由美 (2015) 記者として, がん患者としての視点から. 医療と社会 : 25 (1) , pp.111-124.
<https://www.niph.go.jp/journal/data/57-4/200857040014.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 前田由美子 (2012) 2012 年度 診療報酬改定についての 調査結果報告. 日医総研ワーキングペーパー.
<https://www.jmari.med.or.jp/wp-content/uploads/2021/10/WP262.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 三浦捷一 (2005) がん戦記 末期癌になった医師からの「遺言」. 東京都 : 講談社.
- 三谷玄悟 (1993) 難病・痴呆患者について家族の援助を補完するネットワーク 相互ヘルプの会・東湘・ケアサロンの有用性について. 保険医の臨床 臨増第 1 回日常診療経験交流会. pp.23-24.
- 宮下光令・杉沢真衣 (2014) 日本人のがん患者の診断後の自殺と他の外因死. オンコロジーナース : 7 (6) , pp.104-105.

- 宮本直治・橋口周子・吉村純彦 他 (2016) 医療と体験者との連携を目指して. ホスピスケアと在宅ケア : 24 (2), pp.139-145.
- 村下伯 (2012) 島根における「がんサロン」活動. (島根県健康福祉部医療対策課) <http://qsh.jp/bp/h1.pdf> (2022年9月1日アクセス可能)
- 室田紗織・塚越徳子・菊地沙織 他 (2019) がんサバイバーに対するピア・サポート内容に関する研究の現状と課題. 群馬保健学研究 : 39, pp.113-122.
- 森崎順子・森下高治 (2015) がん患者サロンに関する研究 ストレスコーピングとソーシャル・サポートの観点から. 帝塚山大学心理学部紀要 : 4, pp.77-87.
- 矢坂幸枝・平松英子・宮崎京子 他 (2014) 日高医療センターにおける病院内ロービジョンサロン「すまいる会」について. 日本ロービジョン学会誌 : 14, S6-S10.
- 山本理栄・小松崎香・小島好子 他 (2017) 自治医科大学附属病院におけるがんサロン活動の現状 「がん患者と家族のサロン虹」. Palliative Care Research : 12 (2), pp.918-922.
- 吉田由美・安齋ひとみ・糸井志津乃 他 (2018) 医療機関を活動の場とするがんピアサポーターへ行われている支援と必要としている支援. 日本公衆衛生雑誌 : 65 (6), pp.277-287.
- 輪島順子・松田光枝・伊澤由美 他 (2000) 不妊症患者のニーズとケアに関する検討 不妊治療の現場における自助グループへのかかわり. 栃木母性衛生 : 27, pp.25-26.

注 釈

- [注1] がん医療の地域均てん化とは、「全国どこでもがんの標準的な専門医療を受けられるよう、医療技術等の格差の是正を図ること」
厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会 (2005) がん医療水準均てん化の推進に関する検討会報告書. (平成17年4月21日)
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/dl/s0421-5jl.pdf> (2022年9月1日アクセス可能)
- [注2] 「5疾患・5事業」5事業とは、緊急医療、災害医療、へき地医療、小児医療、周産期医療である。5疾患とは後半かつ継続的な医療提供が必要な疾患としてがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患である。
- [注3] 世界の主要ながん患者団体や組織 (2022年9月1日アクセス可能)
アメリカ

American Cancer Society <https://www.cancer.org/>

American Society of Clinical Oncology <https://beta.asco.org>

National Coalition for Cancer Survivorship <https://canceradvocacy.org/>

イギリス

St. Christopher's Hospice <https://www.stchristophers.org.uk>

St. Luke's Hospice <https://www.stlukes-hospice.org>

Maggie's <https://www.maggies.org>

Macmillan Cancer Support <https://www.macmillan.org.uk>

カナダ

Canadian Cancer Society <https://cancer.ca/en/>

BC Cancer <http://www.bccancer.bc.ca>

The Ovarian Cancer Peer Support Network <http://ovcapeers.com>

オーストラリア

Breast Cancer Network Australia <https://www.bcna.org.au>

第2章 研究の目的と意義

-患者主導型がんサロンの効果の実証的研究方法を中心に-

本章では、本論文の研究目的と仮説、研究方法、意義を論じた。研究の目的は医療者が運営しない患者主導型がんサロンに注目して、その効果と、患者主導型がんサロンに参加するがん患者が同病支援者となる可能性に影響を与える要因を明らかにすることである。がんサロンの効果を測定することで世話役（同病支援者）となる可能性に影響を与える要因があることを仮説として提示している。論文の構成は文献研究と質的及び量的調査研究からなる研究の全体像を示す。また島根県をフィールドとして研究を行う背景として、島根県のがん患者運動とがん推進対策の歴史的背景を述べる。さらに研究の対象である患者主導型がんサロンの開設と同病者支援のリーダーとしての世話役の誕生した歴史的背景を明らかにし、島根県下のがんサロンの形態と活動の実態を論じた。最後に本研究に関する用語の整理を行う。

項目としては、第1章で述べた研究の背景を踏まえて、「2-1. 研究の目的」「2-2. 研究の仮説」「2-3. 研究方法」「2-4. 島根県の患者主導型がんサロンを対象にした理由」「2-5. 研究の意義」「2-6. 本研究に関する用語の整理と定義」「2-7. 研究の構成」である。

2-1. 研究の目的

日本ではがん患者や経験者数が増加しているが、患者を受け入れる支援体制や相談支援が十分ではない。また、がん患者は、同病者同士の交流を求めており、政府もまた患者の同病者同士の交流の必要性を認めている。しかし、同病者同士の交流の場として、全国のがんサロンの実態や、サロンの効果を実証的に検証する研究は現段階ではない。

2023年3月には、第4期がん対策推進基本計画の閣議決定が予定されている。それに伴い、厚生労働省の「がん診療連携拠点病院等の整備について」では「相談支援及び情報の収集提供」の項目にあるがん相談支援センターには「がん患者及びその家族が心の悩みや体験等を語りあうための患者サロン等を設けること」と義務付けられた（厚生労働省2022）。このことは同病者支援の重要性とともにがんサロンの普及と運営について明らかにすることが重要な課題になることを示唆している。

そこで本研究では同病者支援の重要な 1 つとしてがんサロンを研究対象とする。研究の目的は、医療専門職が運営しない患者主導型がんサロンに注目して、がん患者の会話や効果と、そのサロンに参加するがん患者が同病支援者となる可能性に影響を与える要因を明らかにすることである。

具体的には、がん患者・家族が地域で自発的に開設し、継続的に運営している患者主導型がんサロンの発祥県である島根県全域の「患者主導型がんサロン」をフィールドとして研究を行う。

がんサロンを対象とする理由は、大規模な患者団体や患者組織ではなく、また、医療施設内という組織の中に位置付けられていないことや通院患者用の患者会などの登録制や会員制の会などの会員のような参加要件を持たない患者が集まる場所はがんサロン以外には見当たらないことである。つまり、がんサロンは地域においてがん患者が自発的に参加し自由に交流する同病者支援の場といえる。

2-2. 研究の仮説

本研究の仮説は、長期継続している患者主導型がんサロンには効果があり、がん患者は支えられる側としての患者の役割だけではなく、同病者を支える同病支援者へとなり得ると設定した。患者主導型がんサロンの参加者の中にはがん患者のリーダー（世話役）と一般のがん患者の参加者（非世話役）がおり、参加者（非世話役）の中からリーダー（世話役）の同病支援者が誕生するという事実に着目した（中村 2012, 2019）。疫学的手法を用いて両者を比較分析することで、患者主導型がんサロンには効果があることと、さらに、一般の参加者（非世話役）がリーダー（世話役）の同病支援者になる要因を解明することで、患者主導型がんサロンの効果を評価することが可能になると考えた。そのため、医療専門職の介入がない、もしくは少ない島根県の患者主導型がんサロンを研究対象とした。

2-3. 研究方法

2-3-1. 対象

島根県の患者主導型がんサロンに参加する 20 歳以上のがん患者で、1 年もしくは 10 回以上参加したがん患者である。

2-3-2. 研究期間

調査期間は、研究1（第3章）では2011年3月から2017年3月の期間である。また研究2（第4章）と研究3（第5章）は2018年9月から2019年6月の期間である。

2-3-3. 分析方法

先行研究と仮説検証研究を行った。

第一段階として先行研究を行い、文献と国の基本的資料を用いて、がん患者を取り巻く状況およびがんサロンの実態と課題を明らかにした。また、制度・政策、先行研究からがんサロンに着目した本研究の背景と目的、視点、意義を論じた。

第二段階として「1. 参与観察調査」「2. アンケート調査」「3. 参与観察とインタビュー調査」の過程を通じた2つの質的調査研究と1つの量的調査研究からなる研究過程を経る仮説検証研究を実施し患者主導型がんサロンの効果を論じる。

調査研究1（第3章）の質的調査では、参与観察調査から患者主導型がんサロンに参加するがん患者の会話を基に話題を抽出し、話題を類型化することで、医療関係者の相談では語られない、がん患者同士の悩みや課題を明らかにした。その類型化に基づき、がんサロンの効果の仮説を調査研究2で導き出す。

調査研究2（第4章）の量的調査では、調査研究1（第3章）を基にして患者主導型がんサロンの効果の仮説を生成し、患者主導型がんサロンの効果を疫学的手法から分析する。分析方法はカイ二乗検定、二項ロジスティック回帰分析の強制投入（全数投入法）を用いた。

調査研究3（第5章）の質的調査では、参与観察とインタビュー調査を実施した。調査研究2（第4章）で対象となった患者主導型がんサロンに参加し参与観察を行い、また世話役にインタビューを実施することで、患者主導型がんサロンの特徴と効果を把握し、がん患者の参加者の中から自発的に他者を支えることできるリーダーの世話役が生じるサロンの運営と普及の可能性について明らかにすることである。

第三段階として、第6章で総合考察を行う。

2-4. 島根県の患者主導型がんサロンを対象にした理由

2-4-1. 島根県が本研究に適している理由

『がん患者のピアサポート機会を提供するがん患者支援団体リスト』（2015）を参考に2015年国勢調査の人口の割合を見ると、島根県は人口の割合に対して全国の都道府県の中でも最もがん患者支援団体数が多

い。このリストのがん患者支援団体には、島根県の全てのがんサロンは含まれておらず、島根県のがんサロン全てを考慮すると、さらに人口当たりの割合が高くなる。このことから、全国で最も島根県はがん患者のグループ活動数が多く、活動も活発であると考えた（表2-1）。

加えて、島根県においては、2005年からがん患者が行政や医療・保健・福祉機関、マスコミ、市民を巻き込みながら、がん患者が患者同士で相談支援、情報提供、体験共有をおこなっていることから、先進的なモデルと言える（中谷ら2011、波多江2011）。

以上の理由から、島根県で調査することが本研究では最適と考えた。

表2-1 がん患者支援団体数と人口あたりの団体数

地方	都道府県	運営団体 または 会の数	人口 (100万人)	人口 あたりの 団体数
北海道	北海道	25	5.382	4.6
東北	青森県	6	1.308	4.6
	岩手県	5	1.280	3.9
	宮城県	8	2.334	3.4
	秋田県	7	1.023	6.8
	山形県	3	1.124	2.7
	福島県	5	1.914	2.6
	関東	茨城県	7	2.917
栃木県		5	1.974	2.5
群馬県		12	1.973	6.1
埼玉県		1	7.267	0.1
千葉県		11	6.223	1.8
東京都		25	13.515	1.8
神奈川県		17	9.126	1.9
信越・北陸		新潟県	12	2.304
	富山県	8	1.066	7.5
	石川県	8	1.154	6.9
	福井県	3	0.787	3.8
	山梨県	6	0.835	7.2
	長野県	15	2.099	7.1
	中部・東海	岐阜県	11	2.032
静岡県		11	3.700	3.0
愛知県		16	7.483	2.1
三重県		9	1.816	5.0
地方		都道府県	運営団体 または 会の数	人口 (100万人)
近畿	滋賀県	5	1.413	3.5
	京都府	20	2.610	7.7
	大阪府	11	8.839	1.2
	兵庫県	13	5.535	2.3
	奈良県	1	1.364	0.7
	和歌山県	5	0.964	5.2
	中国	鳥取県	5	0.573
島根県		14	0.694	20.2
岡山県		9	1.922	4.7
広島県		16	2.844	5.6
山口県		3	1.405	2.1
四国	徳島県	3	0.756	4.0
	香川県	6	0.976	6.1
	愛媛県	6	1.385	4.3
	高知県	4	0.728	5.5
九州	福岡県	15	5.102	2.9
	佐賀県	3	0.833	3.6
	長崎県	4	1.377	2.9
	熊本県	14	1.786	7.8
	大分県	6	1.166	5.1
	宮崎県	8	1.104	7.2
	鹿児島県	9	1.648	5.5
	沖縄県	11	1.434	7.7
	その他	近畿	1	—
全国		14	—	—

資料 『がん患者のピアサポート機会を提供する がん患者支援団体リスト』（2015）と『平成27年国勢調査』（2015）からデータを抽出し、筆者作成。

2-4-2. 島根県の概要とがん医療の現状

島根県は中国山地の北斜面に位置し、県面積は 6708 km²と東西へ広く、県土は 80%が急な山地によって占められ、西南西から東北東方向に帯状に約 230km になる。また島根半島の北 40-80 km に隠岐諸島があり、隠岐諸島の先、157 km には竹島がある。島根県は令和 3 年の島根県の人口移動と推計人口によると、2021 年の人口は約 664,807 人で鳥取県に次いで、46 番目と少ない。人口密度も 99.11 (全国 5 位) と低い県である。また、内閣府都道府県別高齢化率の推移によると、2018 年の島根県は約 34.0%で、全国 3 番目に高齢化率は高い。この傾向は中山間地域などの過疎地域で特に顕著となっている。

島根県内の多くが山間農村部を占めているが、人口は県東北部の松江市 (35%)、出雲市 (24%) に約 60%と居住地域が集中している。それと共に、医療機関数を見ると、病院数は 54 件 (全国平均 184 件) で全国順位 46 番目、一般診療所数は 746 件 (全国平均 2,124 件) で全国順位 43 番目である。無医地区は離島や過疎の地域など 19 地区ある。

次に島根県内の医療状況であるが、島根県には、二次医療圏域は 7 圏域あり、出雲圏域 (地方都市型二次医療圏域) [注 1]、松江圏域 (地方都市型二次医療圏域) [注 2]、雲南圏域 (過疎型地域二次医療圏域) [注 3]、大田圏域 (過疎型地域二次医療圏域) [注 4]、浜田圏域 (過疎型地域二次医療圏域) [注 5]、益田圏域 (過疎型地域二次医療圏域) [注 6]、隠岐圏域 (過疎型地域二次医療圏域) [注 7] に分けられる。島根県の二次医療圏域は障害者福祉保健圏域、老人福祉圏域と同じエリアで医療や福祉・介護のサービスが円滑に実施できるようになっている。

がん治療施設のがん診療連携拠点病院は 5 か所あるが、松江圏域 (2 か所) と出雲圏域 (2 か所)、浜田市 (1 か所) で松江と出雲圏域で 80%を占めている。雲南圏域、大田圏域、益田圏域、隠岐圏域にはないために、近隣の圏域もしくは、公共交通の便がある近隣県 (鳥取県、岡山県、広島県、山口県) へ、もしくは県内にある空港から直行便のある東京都や大阪府などで専門医療を受けている。

また、手術室における手術目的の全身麻酔数も県内の 82%が 2 圏域 (出雲圏域 45%、松江圏域 37%) に集中しており、松江市と出雲市に県全体の医師数の約 69%が、病院勤務医数は 74%が集中している。県東北部の松江市 (35%)、出雲市 (24%) は人口が集中し、医療資源も充実している。それに比べ、雲南市、大田市、隠岐は病院数や病院勤務医数は少なく、急性期医療を維持できないと言われていることから、県内で大きな医療格差が生じていると考えられる。

「全国二次医療圏域別医療・介護入力レベル一覧」によると、松江圏域と出雲圏域は生活の利便性がある程度保たれ、現在の急性期・慢性期の入院医療や介護施設の余力がある。一方、他医療圏域では余力があまりない。島根県のように同一県に余力のある圏域と余力の少ない圏域とが混在し、県内の地域による医療格差が大きい(表 2-2)。

表 2-2 島根県圏域別人口と二次医療圏域医療機関数

圏域	人口	人口の割合	面積	面積の割合	人口密度	二次医療圏域の地域タイプ	高齢化率	二次医療機関数	三次医療機関数	がん診療連携拠点病院	一般病院病床数
出雲	171,938	24.8%	624.36	9.3%	275.4	地方都市型	29%	5	2	2	1,679
松江	245,758	35.4%	993.92	14.8%	247.3	地方都市型	29%	7	1	1	2,441
雲南	57,126	8.2%	1,164.07	17.4%	49.1	過疎地域型	38%	4	0	0	405
大田	54,609	7.9%	1,244.35	18.5%	43.9	過疎地域型	40%	1	※	0	378
浜田	82,573	11.9%	958.9	14.3%	86.1	過疎地域型	35%	3	1	1	684
益田	61,745	8.9%	1,376.72	20.5%	44.8	過疎地域型	37%	3	0	0	626
隠岐	20,603	3.0%	345.92	5.2%	59.6	過疎地域型	39%	2	0	0	111

資料「島根県保険医療計画」(2018)、『平成 27 年度国勢調査』、『平成 27 年全国都道府県市区町村別面積調』から筆者作成
 ※大田圏域の救急医療体制は、大田市は出雲圏域・邑智郡は浜田圏域に分割

2-4-3. 島根県のがん患者運動とがん対策の歴史的背景

島根県のがん対策を概観すると、島根県のがん対策（表 2-3）の始まりはがん患者の声から始まった（島根県がん対策推進計画 1 期）。

そのがん患者とは、島根県出雲市の故・佐藤均氏（報道カメラマン）である（第 1 章 1-1-4）。2001 年 4 月大腸がんを診断され、島根県から東京へ通院する。2003 年 4 月に再々発するが「がんと共に生きる会」会長に 3 代目に就任した。佐藤均氏は、2003 年 8 月に島根県議会に署名簿とともに、請願書を提出した。その内容は「① 国際標準の未承認薬（オキサリプラチンなど）の早期承認、② 腫瘍内科医の育成、③ 間診療の地域格差の是正」であった。これらにより、がん医療の向上を訴えた。同年 9 月には、同じ内容を島根県知事に提出した（埴岡 2007）。

さらに、政府にも要望書を提出する。2004 年 1 月には患者団体ら（第 1 章）と共に厚生労働省に「がん治療に関する要望書」を提出し、2004 年 5 月には文部科学省には臨床種用意の育成に関する要望書を提出した。

島根県は、佐藤均氏の要望や、政府へのがん患者たちの活動が始まったことから（表 2-3）、島根県は国の政策よりも先んじてがん対策を行うことになる。2003 年に島根大学医学部附属病院内に腫瘍科の設置を要請し、それを受けて病院は 2004 年 1 月に同病院に腫瘍科を設置し、2005 年に初めての専任専門医が 2 名着任する。

その後も、島根県のがん対策の取り組みは推進され、2005 年に島根県のがん対策として、県内独自の事業として、「しまねがん対策強化事業」を開始した。その内容は、「① がん診療ネットワークの構築、② がん予防の推進、③ 緩和ケアの推進を実施する」であった。実際に県内の 6 か所のがん診療連携拠点病院が整備され、がん診療ネットワーク事業も開始している。

佐藤均氏が亡くなられた後に、松江市に住むがん患者の故・三成一琅氏（元厚生労働省がん対策推進計画協議会患者代表委員、松江市立病院内に「ハートフルサロン」世話役）が 3-5 回/月のペースで島根県庁の医療推進課や松江市民病院を訪問し、がん医療対策情報や意見の交換、がん患者の要望、陳情などをねばり強く行った（原 2008, 福島 2009a）。

その結果、がん対策について県行政や医療者、患者としてできることの違いがあることを知り、また互いの状況を理解し、協力してがん対策を行っていくことになった。

また同時期に、がん患者の納賀氏（「益田がんケアサロン」の世話役）も益田市の保健所やメディアなどにがん対策に関する要望をあげ、がん患者の生活の向上や医療の促進を掲げた。島根県のがんサロンについては次節で述べる。

島根県のがん対策の取り組みは、2005 年に県独自の事業の「しまねがん対策強化事業」を開始した。その内容は、① がん診療ネットワークの構築、② がん予防の推進、③ 緩和ケアの推進を実施であった。実際に県内の 6 か所のがん診療連携拠点病院が整備された。

2006 年 2 月には、三成一琅氏、佐藤愛子氏（佐藤均氏の妻）、納賀良一氏、佐々木雄三県議会議員らが県部長に面会し、がん情勢の制定に向けたがん対策の提案書を提出した。患者の活動は議会議員を動かし、協働し政策提案を行った（福島 2009b）。

その後、2006 年 9 月 29 日には、「島根県がん対策推進条例」が議会議員全員の提案により制定され、がん対策をさらに充実強化した。目的は、質の高いがん医療の実現並びに予防早期発見の推進を図るため県民、がん患者及びその家族、保健医療福祉関係者、事業者、教育関係者、報道関係者、県議会、県、市町村等が一体となってがん対策を総合的に推進することが挙げられている。同条約 11 条には、「県は患者会等が行うがん患者の療養生活及びその家族の生活に対する活動を支援するために必要な施策を講ずるものとする」と、患者会への支援が明記された。この条例制定は、全国初のがん条例の制定となった。その後、全国のがん対策や条約に影響を与えた（島根県 2006）。

2007 年度県予算案には、「がん患者団体を支える人材育成支援事業」として 166 万円の予算を確保した。これは患者主導型がんサロンを県行政がバックアップする事を明示した。また、その予算により、がんサロンの質を高める目的のために活用され、患者同士の情報交換、研修会、サービスの質のチェックなど年 2 回のサロン代表者が集まる交流や勉強会を実施された（原 2013, 中村 2010）。これは 2012 年度から島根県がんピア・サポーター養成研究に引き継がれる事になる。

この予算は、全国でも初のがん患者団体を支える人材育成支援のために使われた財源であり、現在のがんサロンの世話役同士や行政職などとのネットワークを構築することに繋がる貴重な財源であった。

次いで、島根県は第1期がん対策推進計画（2008年4月から2013年3月）の目標として「1. がんによる死亡率の軽減、2. がん検診受信者数の増加、3. がんの薬物療法・放射線療法に精通した医師の確保」を重点目標に掲げた（島根県2008）。さらに、「七位一体」のがん対策やがんサロンの取り組みなどを掲げ〔注8〕、制度の面からもサロンを支えた。

島根県では、がん患者の支援を患者と家族、医療・福祉機関だけに任せるのではなく、行政機関、経済界、教育機関、建築界が一体となり具体的な取り組みを行った。

具体的な例として、「がん対策募金（旧がん対策募金）」が全国的にも大きな活動として知られている。がん対策基金はがん医療向上に必要な機器類等の早期整備に充てることを目的として、行政、議会、患者・家族や各種団体の代表者が賛同人となり、スタートした。募金活動は街頭募金、企業や団体への募金の呼びかけのほかバナナや自動販売機などの商品を購入するとその1部の売上金が募金されるという商品募金など県民が参加しやすい仕組みを取り入れる工夫を凝らした取り組みがなされた（島根県健康推進課、守田2013）。

旧がん対策募金は、2007年6月から2010年3月の期間で寄付を集めた。総額約6億6,950万円の募金（公益財団法人ヘルスサイエンスセンター島根2017）が集まり、そのほとんどが、がん医療整備に当てられた。その後、新たに新がん対策募金が創設されたが、募金額は、2010年4月から2021年6月の10年で約4,600万円（公益財団法人ヘルスサイエンスセンター島根2021）であった。

このことから、2006年にがん対策条例が制定され、またがん患者らが県内各地でがんサロンを立ち上げた時に、いかに島根県民全体ががんに関心を持ち、協力したかが金額からうかがえる。

以上のことから、県行政がリーダーシップを発揮し、医療、企業、マスコミ、教育機関、建築業界を巻き込み、具体的に県民全員が参加できる仕組み作りによって、県民全員ががん対策に参画する基盤を作った点において、島根県は先進的である。

つまり、島根県では、医療へのアクセスの悪さや均てん化が遅れていた地域の現状を、がん患者と家族、遺族が、県行政と対話し訴えた行動によって、県行政職や医療専門職、政治家など縦割り行政までも動かし、がん対策を推進した。

また、患者や家族たちは、請願や要望するだけでなく、自らが地域でできることを考え、医療機関や行政などを巻き込みながらがん患者の復権の実現のために、自らができることを地域で行動した結果が、患者主導型がんサロンの開設であった。開設者の世話役は、政府や県行政を動かしたがん患者運動のリーダーであり、またそのリーダーの活動を見て学び、賛同した。その意思を継いだがん患者が世話役となり、さらに居住地で患者主導型がんサロンを開設していった。その大きな実績である患者主導型がんサロンは患者支援に産官学民を取り入れた取り組みであり、また住民参加型医療の先駆的取り組みとも考えられ、その実績から学ぶところは大きい。

表 2-3 がん対策基本法成立前後（2003 年から 2008 年まで）の島根県のがん対策とがんサロンの関連

年次	島根県のがん対策	島根のがんサロン開設		
2003年 (平成15)	8月	島根県在住の佐藤均氏（のちの癌と共に生きる会 3代目会長）、島根県議会に署名を添え「抗がん剤の早期承認」「抗がん剤の専門医の育成」「地域医格差の是正」などの医療向上の請願書を提出		
	9月	佐藤均氏、要望書を島根県知事に提出 島根県は島根大学医学部附属病院に腫瘍科の設置などを要請		
	10月	島根県議会、佐藤均氏の請願書を採択 島根県議会が意見書を衆参議員議長、内閣総理大臣、厚生労働大臣などに提出		
2004年 (平成16)	1月	島根大学医学部附属病院に診療科として腫瘍科が設置 佐藤均氏が厚生労働省に「がん治療に関する要望書」を提出		
	5月	新山義昭氏・佐藤均氏ら、河村建夫文部科学大臣に「臨床腫瘍医の育成に関する要望書」を提出		
	12月	佐藤均氏が尾辻秀久厚生労働大臣に「世界標準の抗がん剤の承認と抗がん剤専門医の育成」を陳情		
2005年 (平成17)	1月	島根県内の地域がん診療連携拠点病院が6カ所に しまねがん対策強化事業（県独自の事業）の開始		
	4月	島根県がん診療ネットワーク事業開始		
	5月	第1回がん患者大集会（大阪）に参加者約1800人、三浦捷一氏ら主催に、佐藤均氏		
	7月	島根大学医学部附属病院腫瘍科に専任医師1人	佐藤愛子氏らにより、「がんを語ろう会」（がんサロンの前身会）開催	
	10月		がん患者から、松江赤十字病院院長にがん患者の集まる場所の開設を要望	
	11月		松江赤十字病院に「くつろぎサロン」開設に向けた準備会の開催	
2006年 (平成18)	12月	島根大学医学部附属病院腫瘍科に2人目の専任医師	「益田がんケアサロン」（益田市）が益田市総合福祉センターに開設	
	2月	島根県在住の納賀良一氏、佐藤愛子氏、三成一瑛氏と島根県議会議員 佐々木雄三氏が島根県健康福祉部長の正林智章氏に面会、「島根県の今後の医療の展開についての提案書」を島根県に提出（2月21日） 島根県議会にて島根県健康福祉部長の正林智章氏が「今後医療関係の会議の検討の場において患者の声を聞く機会を設けたい」と発言（2月28日）		
	3月		「くつろぎサロン」（松江市）が松江赤十字病院に開設	
	4月		「がん情報サロン ちよつと寄ってみません家」（出雲市）が個人事務所にて開設	
	6月	納賀氏、佐藤愛子氏、三成氏、2月の提案書の回答書を島根県健康福祉部長から受け取る		
	7月		「ほっとサロン」（出雲市）が島根大学医学部附属病院に開設 「ハートフルサロン松江」（松江市）が松江市立病院に開設 「ほっとサロン益田」（益田市）が益田赤十字病院に開設	
	8月		「なごやかサロン」（出雲市）が県立中央病院に開設 がん患者サロン代表、島根県、6カ所のがん拠点病院の意見交換会開催 「サロンひまわり」（浜田市）が国立病院機構浜田医療センターに開設 「がん情報サロン」（邑南町のちに「おおなん元気サロン」）が邑南町立病院・邑南健康センターに開設	
	9月		全国初、都道府県レベルで「島根県がん対策推進条例」が全会一致で可決、29日に交付	
	11月		「ほっとサロン浜田」（浜田市）が国立病院機構浜田医療センターに開設	
	2007年 (平成19)	1月		「あじさいの会」（江津市）が済生会江津総合病院に開設 「がんサロンおおだ」（大田市）が大田市民センターに開設 「ふれあいサロン」（松江市）が松江生協病院に開設
		2月	全国初、市町村レベルで「がん撲滅対策推進条例」を定める 出雲市で「出雲市がん撲滅対策推進条例」制定	
3月			「肺がんサロン つどい」（松江市）が国立病院機構松江センターに開設	
6月		島根県がん対策基金開始（旧がん対策募金 2007年6月～2010年3月 募金額約6億7千万円）		
11月		『島根県における「がんサロン」の活動』で島根県が第1回「新しい医療のかたち賞」①患者を中心とした取り組み部門 受賞		
12月			「サロン隠岐たんぼぼ」（隠岐郡）が隠岐病院に開設	
時期不明			「ひまわりの会」（大田市）が自宅に開設	
2008年 (平成20)	2月		「ほっとサロンふらた」（雲南市）が出雲市立総合医療センターに開設	
	3月		「雲南サロン 陽だまり」（雲南市）が雲南保健所に開設	
	4月	島根県がん対策推進計画 第1期（2008年4月～2013年3月）七位一体の取り組みを推進※		
	9月		「ケアサロン津和野」（鹿足郡）が津和野共存病院に開設	
	10月		「悠サロン あーす」（益田市内）が開設	
	11月		「吉賀町 ゆめサロン」（鹿足郡）が吉賀町保健センターに開設	
	時期不明		「日曜ほっとサロン スマイル」（出雲市）が島根大学医学部附属病院に開設	
2009年 (平成21)	3月		「電話サロン」（松江市）が松江生協病院に開設	
	9月	島根県議会は「島根県がん撲滅宣言」を可決 「西ノ島町乳がんサロン すまいる」（隠岐郡）が島前集合庁舎隠岐保健所に開設	第1回全国がんサロン交流会in島根 開催	

附録5「表 2-3 島根県のがん対策とがんサロンの関連 参考資料一覧」と筆者のインタビュー調査から、筆者作成
 ※ 島根県の患者家族、医療機関、行政、議会、企業、教育機関、メディアが一体となった“七位一体”の取り組み

2-4-4. 患者主導型がんサロンの開設と同病者支援のリーダー的存在の世話役の誕生

全国に先駆けて島根県では、2005年から2010年までの5年間で、約25か所ものがんサロンが開設された。患者らが自発的に立ち上げ県内全域に広がったことで、島根県のがんサロンは全国から注目を集めた（日本対がん協会 2014）。

しかし、患者主導型がんサロンは決して順調なスタートを切ったわけではない。がん患者たちが地域で自らができる同病者への活動としての患者主導型がんサロンや復権を求めての活動に対して、開設当時は多くの医療者の戸惑いと不快感をあらわにする声もあった。具体的には「病院内に借りた一室で、患者が集まって医療者の陰口をいうの」「医師と患者の関係があるのに。がんサロンは目の上のたんこぶ」「患者から無理難題を押し付けられる」「患者に何ができるのか」「がん以外の患者はどうするのか」などがあつた（原 2013, 中村 2010, 福島 2009）。また、がん患者らが立ち上げたがんサロンはがん疾患の特徴や運営費などのことから継続的な活動は難しいとも考えられていた [注 9]。そのような声にもかかわらず、現在でもサロン数は変わらず県内のがん患者支援として重要な役割を果たしている（島根県健康福祉部健康推進課がん対策推進室 2018）。

その一方で、医療関係者が参加していないがんサロンの実態は理解されにくく、また効果が評価されていないことから、医療専門職からは、医療者がいないがんサロンは同病者支援の有用な社会資源として認知されにくいところがあると考えられた。

次に島根県のがん患者主導型がんサロンについて述べていく。

がんサロンと呼ばれる前の活動として、「がんを語ろう会」があり、がんサロンの前身の会にあたる。公的機関でのがん患者の交流があつた。それは、松江赤十字病院に通院していたがん患者の故・板垣氏は、「院内でがん患者の交流の場所がほしい」と病院長に話したことから、院長室で患者らの交流が始まった（テレポート山陰 2006b）。このほかにも、入院で知り合ったがん患者同士が病院内で交友を深め、がん情報を交換するグループも存在していた。

がんサロンとして開設された経緯を順に次の六点にまとめて述べる。

第一に、島根県最初のがんサロンは、2005年12月、東部の益田市の福祉センターに患者らが主導で開設した「益田がんケアサロン」がある（納賀 2010, 村下 2012）。開設目的は、「患者・家族が自由にサロンを訪れて、悩みや不安などを話し合い、情報交換をすること」であつた。開設のきっかけとしては、益田市周辺のがん患者とその家族らが、がんの闘病に対する苦しさや不安を自由に話せる場が欲しいと、切実な思いを保健所に話し、福祉センターで開設された。同サロンは開設初期から保健所やメディア、企業、寺社教会などをも巻き込みながら活動を行っている。また、サロン世話役の納賀氏が中心となって「がんサロン支援塾」を開催し、サロンを発信することで、全国から支援塾生が集まり、サロンの運営方法を学び、また、各地の開設者同士のネットワークをこの支援塾を拠点に広げることになった。塾長の納賀氏は「患者が変われば医療が変わる。医療が

変われば地域が変わる」ことを信条としてサロン以外の場所で、がんに関する活動をしている。現在サロンは世話役を交代しており、臨床宗教士などの交流会やカフェ、勉強会などを行っている。

第二に、2006年3月に、島根県で最初に病院内で開催されたがんサロン「くつろぎサロン」がある。松江赤十字病院内に開設され、看護師やソーシャルワーカーとともにがん患者の故・内谷氏（がん患者）が世話役となった。「がんを宣告されると気持ちが沈むが、体験談を聞くことで気持ちが安らぐことが少なくない」と話していた（島根県広聴広報課 2011）。現在は、世話役の世代交代が行われている。またがんサロンとの呼称は用いず、がん患者の新たな交流活動が行われている。

第三に、2006年4月に、県内初の地域の常設がんサロン「がん情報サロンちよっと寄ってみません家」を佐藤愛子氏（故・佐藤均氏の妻：NPO 法人がんと共に生きる会理事）が出雲市の個人事務所に開設した。同サロンは医療施設ではなく、地域サロンで、加えて、月から金曜日までオープンしている初めての常設のサロンであった（佐藤 2011）。夫（故佐藤均氏）が培った全国のネットワークと、愛子氏の地域での人望からか、多くの人がサロンに参加していた。開設時には、島根県庁の医療対策推進室職員らとネーミングを決めるなど、住民と行政と一緒にがん対策を推進していくという意気込みが見られた。個人が開設しかつ平日に常時開設している地域サロンの取り組みは同サロン以外に島根県では見られない。現在は休止している。

第四に、2006年7月3日に開設された「ほっとサロン」である。「がん情報サロンちよっと寄ってみません家」に参加した小林貴美子氏を含む同病者のなかまが、自らが通院している島根大学附属病院内にもサロンを開設したいと佐藤愛子氏に相談した。佐藤愛子氏は同病院院長に連絡をとり、サロンの必要性を話した。その後、院長の許可を得てがんサロンが開設された（小林 2012）。

第五に、2006年7月4日に、故・三成一瑠氏が松江市立病院内に「ハートフルサロン松江」を立ち上げた（厚生労働省 2017, 原敬 2013）。三成氏がサロンを立ち上げるために、県行政や松江市立病院に足を運び働きかけを行ったことより実現した。

第六に、以降は、特徴のあるがんサロンを2つ次に紹介する。

2006年8月30日には初めて、町行政が開設した島根県南部の邑南町に「おおなん元気サロン（旧：がん情報サロン）」が邑南町立病院と邑南健康センターに開設された。2か所で交代に開催している理由は、市町村合併したことによりエリアが広がったので、がん患者が参加しやすいように2か所で開催することとなった。運営はがん患者であり、サポートしている職員は保健師や社会福祉協議会職員がしている。

2007年には島根県中央部の大田市にある、患者遺族や市民ボランティア（看護師の有資格者など）が「がんサロンおおだ」を市民センターで開設した。同サロンは地域住民へ向けたがん・緩和ケア啓発のセミナーなどを実施し活発活動している。そのセミナーなどの開催費の捻出が課題になっているそうである。地域サロン

で活発な活動を行う場合は、その運営費を確保することが重要になる。現在はがんサロンの開催場所を地域の社会福祉法人の協力を受けている。島根県内のがんサロンについては表 2-4 に一覧を示す。

2011 年には、島根県内で 25 か所のがんサロン（2 つは活動休止で数に含んでいない）が、県全域に開設されている。島根県でのがんサロン以外のがん患者団体は、あけぼの会島根支部（乳がん）、日本オストミ―協会島根県支部（調査時活動休止）がある。

なお、この島根県のがんサロンの活動は、2007 年に 医療の質・安全学会のパートナーシッププログラム「新しい医療のかたち」を受賞している（島根県健康福祉部健康推進課がん対策推進室 2012）。この受賞では「患者・家族が自由に話し、情報交換するだけでなく学び、協働する場」として高く評価された [注 10]。

上記のことから、島根県のがんサロンは患者主導型がんサロンであった。また、開設から世話役は世代交代しているところが多く、サロン参加者の中から世話役が誕生しており、同病者同士の支え合いを継続していることが大きな特徴である。

2-4-5. 島根県の患者主導型がんサロンの形態（2005 年から 2020 年まで）

島根県は全ての二次医療圏域（全 7 圏域内）でがんサロンが開設されている。本調査時 2018 から 2019 年には 29 か所のがんサロンが開設されている（図 2-1, 65 頁）。2005 年から 2020 年までのがんサロン数は 31 か所ある（表 2-4）。うち、表 2-4 の 28 から 31 はサロン活動を休止している。つまり、島根県のがんサロンの活動実績は、2005 年から毎年約 25 か所のサロンが開設されており、10 年以上継続して活動しているがんサロンが多い。さらに、がん患者主導型がんサロンが多く、このタイプのがんサロンは、専門職（主に医療職）による介入や支援の要素が少ない。加えて、調査期間中に県内全域で開設日が多いと推測される。

表 2-4 から島根県のがんサロンの追加情報として、病院内にある院内がんサロンは、開設場所として都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院（高度型）、がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、がん情報診療連携促進病院、がん情報提供推進病院などがある。

また、地域にある地域がんサロンは、開設場所として保健所（保健センター）と公共施設（健康センター、役場）などがある。最後に、院内と地域との両方で開催されている院内・地域がんサロンは、開設場所として、がん情報提供推進病院と健康センター・保健センターとの両方で隔週に開催されている。

奥出雲サロン「暖々」と飯南病院「患者サロンい〜にゃん」は調査時には、がん患者が不在であったが、医療者が待機しており開設されていることから、現在は医療者主導型とした。

表 2-4 2005 年から 2020 年までの島根県のがんサロン全体の形態と運営タイプ

サロン名	場所	圏域	開設年	サロンの形態	サロンの運営タイプ			備考	
					がん患者主導型		医療者主導型		
					がん患者のみ	がん患者を中心に専門職協同			がん患者と家族・ボランティア
1	ほっとサロン	島根大学医学部附属病院	出雲	2006	院内サロン	○			
2	なごやかサロン	県立中央病院	出雲	2006	院内サロン	○			
3	ほっとサロンふらた	出雲市立総合医療センター	出雲	2008	院内サロン	○			
4	日曜ほっとサロン「スマイル」	島根大学医学部附属病院	出雲	2008	院内サロン	○			
5	伊野こみこみサロン	伊野コミュニティセンター	出雲	2010	地域サロン(公共機関)	○			
6	雲南サロン 陽だまり	雲南保健所	雲南	2008	地域サロン(公共機関)	○			
7	雲南市立病院 院内サロンふれ愛	雲南市立病院	雲南	2012	院内サロン		○		
8	奥出雲サロン「暖々」	奥出雲健康センター(町立奥出雲病院併設)	雲南	2010	院内サロン			○	がん患者が一時的に不在であったため、医療者が待機していた
9	飯南病院 患者サロン い〜にやん	飯南町立飯南病院	雲南	2011	院内サロン			○	がん患者が一時的に不在であったため、医療者が待機していた
10	おおなん元気サロン	健康センター「元氣館」(奇数月) 邑智病院内研修棟(偶数月)	大田	2006	院内・地域サロン	○			
11	がんサロンおおだ	大田市民センター ゆきみーる	大田	2007	地域サロン(公共機関)			○	
12	ひまわりの会	サンレディー大田	大田	2007	地域サロン(公共機関)	○			
13	ほっとサロン浜田	国立病院機構 浜田医療センター	浜田	2006	院内サロン	○			
14	がんケアサロン江津	江津保健センター	浜田	2017	院内・地域サロン	○			
15	益田がん ケアサロン	益田赤十字病院	益田	2005	院内サロン	○			
16	ほっとサロン益田	益田赤十字病院	益田	2006	院内サロン	○			
17	吉賀町「ゆめサロン」	吉賀町保健センター	益田	2008	地域サロン(公共機関)		○		
18	くつろぎサロン	松江赤十字病院	松江	2006	院内サロン		○		
19	ハートフル サロン松江	松江市立病院 がんセンター	松江	2006	院内サロン	○			
20	ふれあいサロン	松江生協病院 ふれあい診療所	松江	2007	院内サロン		○		
21	肺がんサロン「つどい」	国立病院機構松江センター	松江	2007	院内サロン	○			
22	サロンさくら	安来市立病院	松江	2010	院内サロン		○		
23	サロン隠岐たんぽぽ	隠岐広域連合立隠岐病院	隠岐	2007	院内サロン	○			
24	西ノ島町がんサロン すまいる	西ノ島町内(島前集合庁舎隠岐保健所)	隠岐	2009	地域サロン(公共機関)	○			
25	海士乳がんサロン なごみ	海士町立診療所	隠岐	2016	院内・地域サロン	○			
26	電話サロン	松江生協病院 ふれあい診療所	松江	2009	院内サロン		○		
27	情報サロン	松江市内	松江	2011	地域サロン(個人宅・個人事務所)	○			
28	ケアサロン津和野	津和野共存病院	益田	2008	院内サロン	○			2018年「島根県内がんサロン一覧 平成30年5月」から活動休止中、2013年9月時点には津和野町民センターから津和野共存病院に活動場所を移動
29	がん情報サロン ちよっと寄って見ません家	個人事務所	出雲	2006	地域サロン(個人宅・個人事務所)			○	2017年休止、2018年「島根県内がんサロン一覧 平成30年5月」記載なし
30	あじさいの会	済生会江津総合病院	浜田	2007	院内サロン	○			2011年「県内がん患者団体等名簿 平成23年12月1日現在」では活動休止中、2018年「島根県内がんサロン一覧 平成30年5月」記載なし
31	悠サロン あーす	益田市内	益田	2008	地域サロン	○			2011年「県内がん患者団体等名簿 平成23年12月1日現在」では活動休止中、2018年「島根県内がんサロン一覧 平成30年5月」記載なし

資料「県内がん患者団体等名簿 平成22年7月1日現在」(2010)、「県内がん患者団体等名簿 平成23年12月1日現在」(2011)、「県内がん患者団体等名簿 平成25年10月21日現在」(2013)、「島根県内がんサロン一覧 平成30年5月」(2018)、「県内がんサロン名簿 令和2年4月」(2020)、「広報つわの 2013年9月 vol.95」(2013)と筆者調査より作成

2-4-6. 島根県の患者主導型がんサロンの形態別の活動の場と後方支援

患者主導型がんサロンの形態別、活動場所別、実際の参加者、専門職の後方支援を3点に整理し次に述べる(表2-5)。

第一に、病院内にある院内のがんサロンは、企画・運営の主体はがん患者であり、がんサロン運営の後方支援者は医療関係者であった。担当部署はがん患者・家族サポートセンター、がん相談支援センターや地域連携室など各病院で担当部署が決められている。

第二に、地域にある地域がんサロンは、企画・運営の主体はがん患者であった。がんサロン運営の後方支援者は、保健所や保健センターの保健師、市町村職員、医師会の医師等である。担当部署は保健課、医事・難病支援課、社会福祉協議会などで担当者が決まっており、その専門職が必要な後方支援を行っていた。

第三に、院内と地域との両方で開催されている院内・地域がんサロンは企画・運営の主体はがん患者であり、がんサロン運営の後方支援者は、看護師、保健センターの保健師、社会福祉協議会の職員であった。担当部署は病院、市町村保健課、社会福祉協議会などである。

院内サロンの場合、世話役の世代交代がスムーズに行われない場合には一時的に医療者が運営することもあった。しかし多くのがんサロンではがん患者同士の支え合いによって継続して、がん患者が運営していた。また、近隣のがんサロンの世話役同士が情報交換や必要に応じて支援し、支え合っていた。

島根県は、現在がんピア・サポート研修を実施しているが、がんサロンへの運営を支える経費の支出は行っていない。県庁職員のがん対策専門スタッフの動きとしては、2006年から2010年中頃までは、がんサロンが開始されて常態化するまで、島根県庁のがん対策専門スタッフ2名ががんサロンに直接出向き、世話役やがん患者の現状を一緒に考えて活動をしていた。この活動が現在の患者主導型がんサロンの世話役のネットワークを形成する基盤となった。

以上のことから、本研究で調査対象の患者主導型がんサロンは、がん患者が、行政や公的機関、医療施設の医療専門職や行政職員などに、がん患者が患者の要望として、地域でがん患者同士の癒しや交流、情報交換などの必要性を説明し、開設に向けて地道な活動を行ったことが始まりであった。こうしたがん患者が地域のがん患者のために自発的に行動し、開設していった経緯から、がん患者や医療関係者だけでなく、行政職員や地域住民を巻き込みながら開設された。

すなわち、がんサロンの開設はがん患者が地域の同病のなかまと気持ちを分かち合いたい、また助けたいと自発的に行った活動が発端である。そして、がん患者たちは地域の行政や医療機関、地域住民を巻きこみながら、がんサロンを開設したことから、多機関との協力関係を形成するだけでなく、がんサロン以外の協力者や支援者などとの人的ネットワークを形成した。

表 2-5 調査したがん患者主導型がんサロンの三形態

	形態別	活動場所	参加者		専門職の支援
			参加者	世話役	
がん患者主導型サロン	院内サロン	病院	がん患者 家族 遺族	がん患者	社会福祉士(ソーシャルワーカー) がん専門相談員 保健師 看護師
	地域サロン	社会福祉協議会 保健センター(保健所)	がん患者	がん患者 遺族	保健師 地域包括支援センターの 社会福祉士
	院内・地域サロン	病院 健康センター 保健センター(保健所)	がん患者 家族 遺族	がん患者	保健師 看護師 社会福祉職

2018-2019年の参与観察及びインタビュー調査から筆者作成

2-5. 研究の意義

近年がん患者の療養の場は、医療機関から地域社会へと拡大されつつある。それと共に、住民は身近な生活の場ではがん患者と関わることが増えてきたが、がん患者への正しい理解や具体的な生活支援についてはあまり理解されていない。そのため、患者・住民の社会参画を重視した地域でのがん医療・福祉・介護施策（地域包括ケアシステム）を考えると同時に、がん患者が同病者として気持ちを表明しやすい地域におけるがん患者同士の支え合いができるシステムの構築が重要となっている。

先行研究では、医療者中心の運営タイプのがんサロンで医療者からの報告は多くみられるが、がん患者主導の運営タイプのがんサロンの実態とその効果についての調査研究は、見当たらない。本研究では、患者が主導するがんサロンに着目して、がん患者の会話から、患者自らがライフスタイルに合わせて地域社会の中でどのように自立していくことができるのか、また、それを支えるために家族や地域住民（職場・教育機関の人、近隣住民等）にがん患者はどのような日常生活支援を求めているかを実証的に分析することに大きな意義がある。

さらに、先行研究ではがんサロンおよびがん患者のニーズに関する研究はエピソードによる事例研究が中心であった。客観的データに基づき、斉一性を見出し、因果関係を明らかにした実践の積み重ねはなかった。そこで、本研究ではがん患者の声をデータとし、疫学的調査による研究手法により、仮説検証を行うことに本研究の意義がある。

全国にがんサロンが開設され、がんサロン実態の報告はあるが、学術的にがんサロンの意義や効果を検証し、評価するまでは至っていない。10年以上継続運営されている島根県のがんサロンの効果や評価は、同病者支援やピア・サポートなどのがん相談支援の拡大の政策提言の客観的な研究として意義がある。さらに、本

論文で得られる知見は、全国のがん疾患だけでなく、治療の対象とならないCOVID-19後の後遺症、慢性疾患や難病などの他疾患においても（第1章1-3-3-1）、患者会などの開設・運営方法に重要な示唆を与えるとともに、その相談支援に大きく寄与することが期待できる。

2-6. 本研究に関する用語の整理と定義

本研究では、がん対策基本法制定前に、すでに先行してがんサロンに取り組んでいた島根県が使用している呼称「がんサロン」を用いる。島根県医療政策課がん対策推進室では、「島根県におけるがんサロンとは、がん患者や家族、遺族の方々がお互いの療養体験を語り、励まし合うとともに情報交換を行い、学習会を行うことを目的とした交流の場」とある。

これらを踏まえて、下記に操作的に本研究で用いる用語を定義する。

a. がんサロン

がんサロンとは、がん患者が自発的にかん患者のために情報交換や交流などの活動を行うこと、もしくはその場をいう。

b. 患者主導型がんサロン

患者主導型がんサロンとはがん患者が主導する運営タイプであり、がん患者や家族が自発的に設立し、自主運営しているがんサロンをいう。開催場所はがん患者や家族が確保し、医療施設や地域などで開設されている。専門職や行政職などが後方支援している場合もあるが、全くない場合もある。

c. がん患者

がん患者とは、がんと診断された全ての人をいう。がん治療の有無や治癒したか否かなどに関わらない。

特に本研究と重なる言葉として、サバイバーとピアがある。日本ではサバイバーと言う概念には、生き残り助かることなど、治療の効果を測定する指標として生存率と言う意味合いがあることからがん患者とする。また、がんサロン参加者が国、都道府県主導で進められているピア・サポート研修のピアの概念に当てはめられるのかが、現時点では不明であることから、本研究ではこれらの用語は用いないで、がん患者と総称する。

d. がんサロンの参加者

がんサロンの参加は、一般的に参加要件がなく、がんに関心のある人であれば、誰でも参加できる。しかし、本研究では、患者主導型がんサロンの効果を測定するために、がん患者の参加者に限定している。

ただし、第3章「患者主導型がんサロンにおけるがん患者の話題の類型化」には、世話役に遺族が非世話役の中にかん患者に付き添う家族が参加していた。

e. 世話役

世話役とは、患者型主導型がんサロンでリーダーシップをとり企画、運営しているがん患者のリーダーの存在をいう。本来、患者主導型がんサロンに自発的にがん患者が参加すること自体が同病支援となり参加者全てが同病支援者となるが、本研究では同病支援者の意味も含めている。

f. 非世話役

非世話役とは、患者型主導型がんサロンに参加している一般のがん患者で、世話役を除いた人をいう。本研究では同病支援者と対比して一般のがん患者の参加者の意味が含まれている。

g. 同病者支援と同病支援者

がん患者が自発的にがん患者のために活動することを患者支援といい、本研究では同病者支援という。またその活動を行うがん患者を同病支援者という。

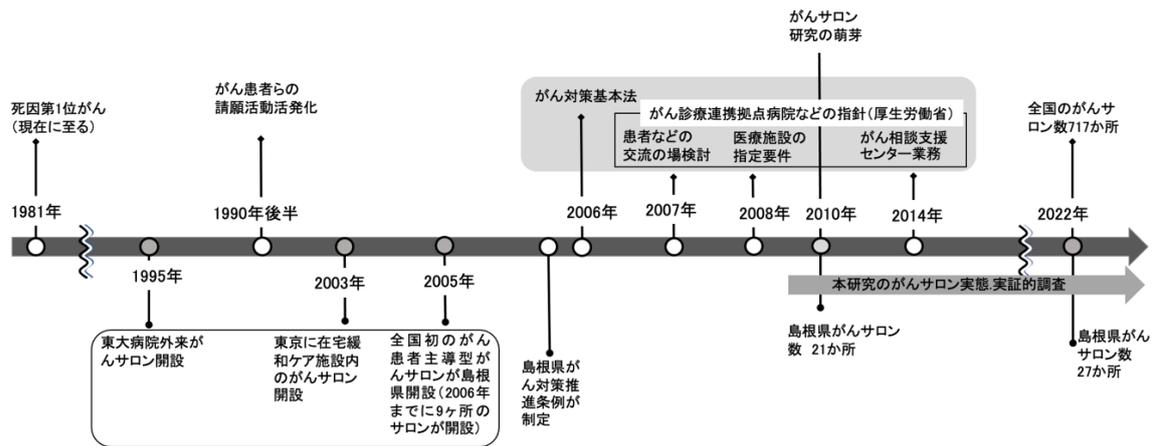
本研究で、同病者支援と同病支援者という用語を用いる理由は、島根県では、がんサロンやピア・サポート関係者は、「ピアは個別相談に対応するもの、がんサロンは別物」と言った認識が根強い（日本サイコオンコロジー学会 2020）やピア・サポーターとは同病者への相談を目的としているというガイドブックもあり（井上 2016）、島根県のがんサロン関係者が両者の違いをどのように認識しているかが現段階ではわからないために、本研究においては、ピア・サポートや近接領域のセルフヘルプグループ、ヘルプグループと分けて、「同病者支援」の用語を用いる。

h. がん

統計では悪性新生物および新生物（悪性新生物）と記載されているが、本研究では用語を統一するためにがんと記載する。

2-7. 研究の構成

これまで述べてきたように、本研究の目的は、医療専門職が運営しない患者主導型がんサロンに注目して、その効果と、がんサロンに参加するがん患者が同病支援者となる可能性に影響を与える要因を明らかにすることである。がんサロン開設とそれに関する史的背景と、本研究の位置付けを示す（図 2-2）。短い矢印に本研究の開始と継続年を示す。



筆者作成

図 2-2 がんサロン開設とそれに関する史的背景と本研究の位置付け

次に本研究の構成をのべ、その構成の全体を図に示す（図 2-3）。

本研究は、第Ⅰ段階として研究の背景に関して先行研究を行い、第Ⅱ段階として「1. 参与観察調査」「2. アンケート調査」「3. 参与観察とインタビュー調査」の過程を通した 3 つの質的及び量的調査を実施した。第Ⅲ段階として総合考察を行う。具体的な研究方法は、各章に示しているので、ここでは概要を述べる。

第Ⅰ段階として、先行研究では、文献と国の基本的資料を用いて、がん患者を取り巻く状況およびがんサロンの実態と課題を明らかにした。また、制度・政策、先行研究からがんサロンに着目した本研究の背景と目的、視点、意義を論じる。

第Ⅱ段階として、2 つの質的調査と 1 つの量的調査を実施する。

調査研究 1 の質的調査では、参与観察調査を実施した。第 3 章「患者主導型がんサロンにおけるがん患者の話題の類型化」にあたる患者主導型がんサロンに参加するがん患者の会話を基に話題を抽出し、参与観察から分析する。2011 年から 2017 年にかけて継続して患者主導型がんサロンで参与観察を行い、収集したがんサロン参加者の会話を基に話題を類型化することで、医療関係者の相談では語られない、がん患者同士の悩みや課題を明らかにした。その類型化に基づき、がんサロンの効果の仮説を調査研究 2 で導き出す。

調査研究 2 の量的調査は、第 4 章「類型化に基づく患者主導型がんサロンの効果に関する仮説検証」にあたる調査研究 1（第 3 章）を基にして患者主導型がんサロンの効果の仮説を生成し、アンケート用紙を作成する。その後、全医療圏域の患者主導型がんサロン参加者のがん患者にアンケート調査を実施し、患者主導型がんサロンに関する仮説検証を疫学的手法により分析する。2018 年 9 月から 2019 年 6 月の調査期間に、島根県内の 7 医療圏域 17 ヶ所の患者主導型がんサロンに筆者自らが訪問しアンケート調査と参与観察を行

い、仮説検証研究を実施し患者主導型がんサロンの効果を明らかとする。特に、がん患者が同病支援者（世話役）になる可能性に影響を与える要因を検討する。

調査研究 3 の質的調査では、参与観察とインタビュー調査を実施した。第 5 章「患者主導型がんサロンの効果」にあたる。第 4 章「類型化に基づく患者主導型がんサロンの効果に関する仮説検証」で対象となった患者主導型がんサロンに参加し参与観察を行い、また世話役にインタビューを実施することで、患者主導型がんサロンの実態と特徴を把握し、がん患者の参加者の中から自発的に他者を支えることのできる患者のリーダーである世話役が生じるサロンの運営と普及の可能性について明らかにする。

第Ⅲ段階として、第 6 章で総合考察を行う。

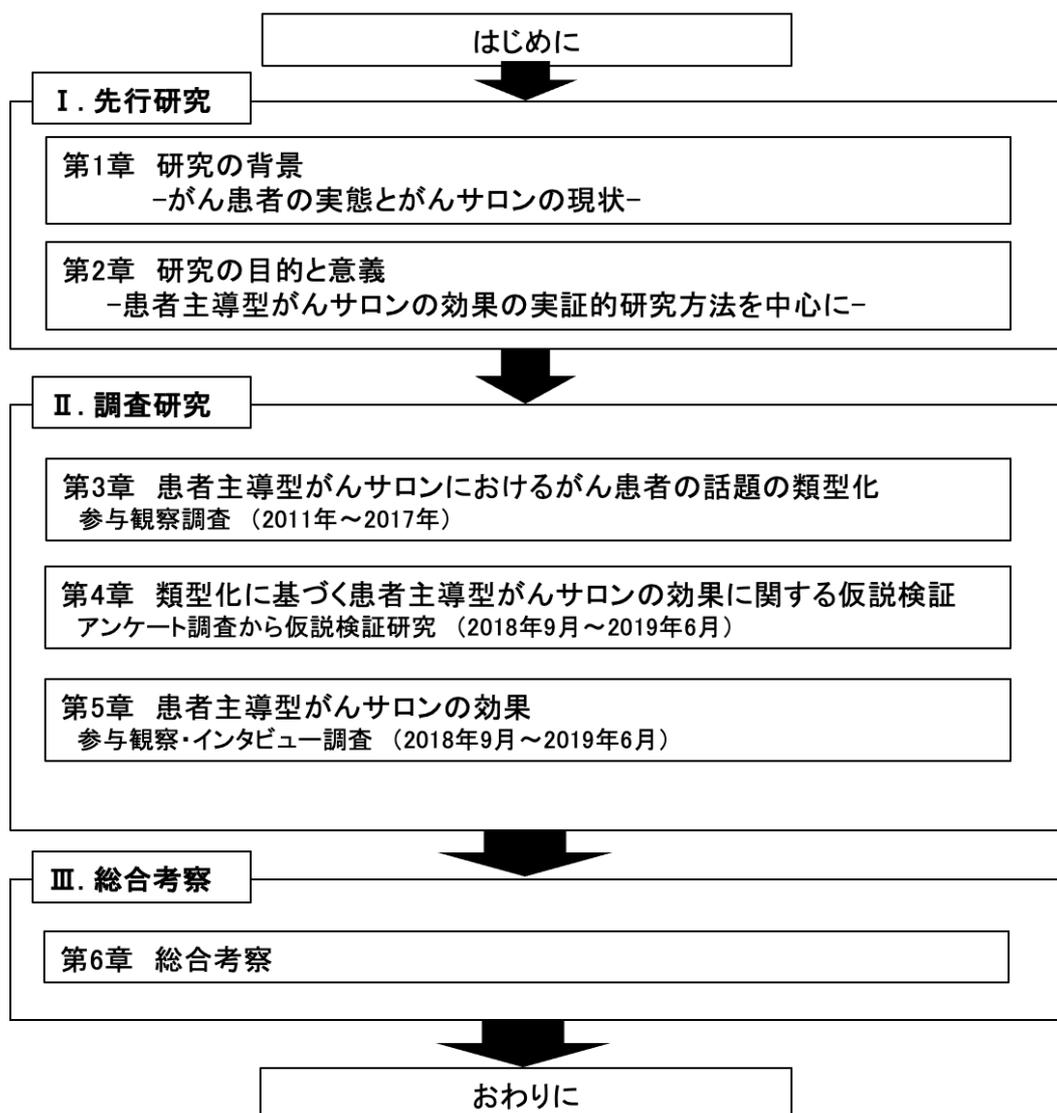
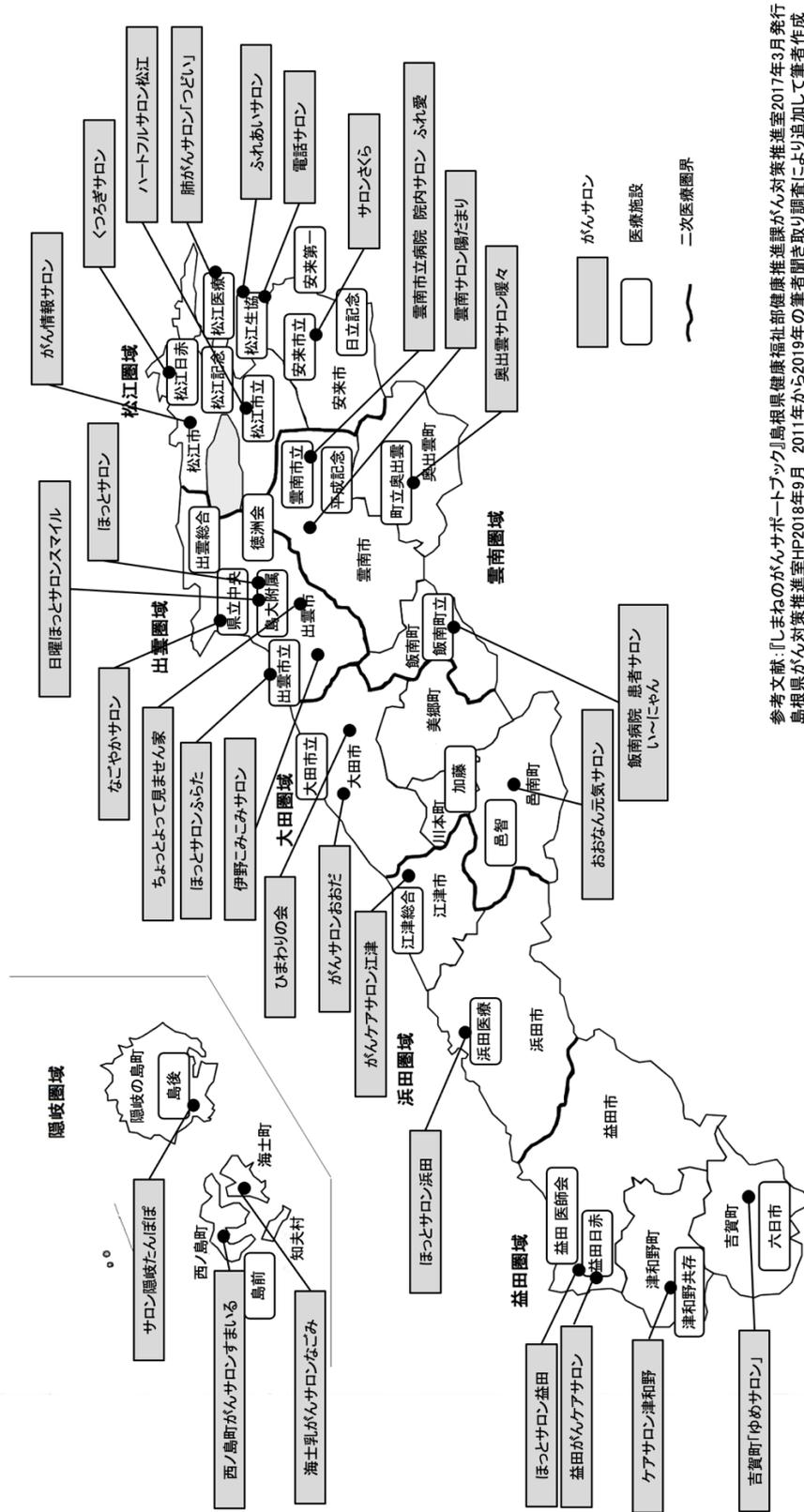


図2-3 本研究の構成



参考文献:『しまねのがんサポートブック』鳥根県健康福祉部健康推進課がん対策推進室2017年3月発行
鳥根県がん対策推進室HP2018年9月 2011年から2019年の筆者聞き取り調査により追加して筆者作成

図2-1 鳥根県の二次圏域の主な医療機関とがんサロンの位置 (2011～2018年)

引用文献

- 井上玲子監修（2016）企画小児がんピアサポート推進協議会 小児がんピアサポーターガイドブック -これからピアサポーターとして活動する人のための実践プログラム. 東京都：創英社, 22.
- 一般社団法人 医療の質・安全学会（2016）新しい医療のかたち賞 2007-2015.
https://www.qsh.jp/partner/Documents/kinenshi_2016.pdf（2022年9月1日アクセス可能）
- 「がん闘病生活 10 年間ににおけるサポートグループ参加と当事者間支援の実際とその意味」研究班（2015）がん患者のピアサポート機会を提供する がん患者支援団体リスト. 平成 25-28 年次科学研究助成金基盤研究 C「がん闘病生活 10 年間ににおけるサポートグループ参加と当事者間支援の実際とその意味」.（研究課題番号 25463420）研究代表者 福井里美.
- 埴岡健一（2007）患者の想いは日本一 -「患者サロン」で悩みを受け止め.
<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/cancernavi/report/200707/100082.html>（2022年9月1日アクセス可能）
- 厚生労働省（2022）がん診療連携拠点病院等の整備について（健発 0801 第 16 号 令和 4 年 8 月 1 日）.
<https://www.mhlw.go.jp/content/000972176.pdf>（2022年9月1日アクセス可能）
- 厚生労働省政策統括官付政策評価官室アフターサービス推進室（2017）がん患者と家族に対する緩和ケア提供の現況に関する調査 -地域がん診療連携拠点病院における取組を中心に-. pp.71-84.
https://www.mhlw.go.jp/iken/after-service-vol27/dl/after-service-vol27_houkoku.pdf（2022年9月1日アクセス可能）
- 小林貴美子（2012）患者の立場からがん検診の重要性を伝える. 保健師ジャーナル：68（12）, pp.1068-1074.
- 佐藤愛子（2011）がん患者・家族の想いを支える「がんサロン」. 緩和ケア：21（5）, pp.495-497.
- 島根県（2006）島根県がん対策推進条例（島根県条例第 48 号 平成 18 年 9 月 29 日）.
<https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kenko/gan/shimanetorikumi/index.data/zenbun.pdf>（2022年9月1日アクセス可能）
- 島根県（2021a）島根県保健医療計画 出雲圏域編 令和 3 年 10 月.
https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/iryu/shimaneno_iryu/hokenniryoukeikaku/index.data/03_R3izumo.pdf（2022年9月1日アクセス可能）

島根県 (2021b) 島根県保健医療計画 雲南圏域編 令和3年10月.

https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/iryō/shimaneno_iryō/hokenniryōkeikaku/index.data/02_R3unnān.pdf (2022年9月1日アクセス可能)

島根県 (2021c) 島根県保健医療計画 大田圏域編 中間評価・見直し版 令和3年10月.

https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/iryō/shimaneno_iryō/hokenniryōkeikaku/index.data/04_R3oda.pdf (2022年9月1日アクセス可能)

島根県 (2021d) 島根県保健医療計画 隠岐圏域編 中間評価・見直し版 令和3年10月.

https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/iryō/shimaneno_iryō/hokenniryōkeikaku/index.data/07_R3oki.pdf (2022年9月1日アクセス可能)

島根県 (2021e) 島根県保健医療計画 浜田圏域編 令和3年10月.

https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/iryō/shimaneno_iryō/hokenniryōkeikaku/index.data/05_R3hamada.pdf (2022年9月1日アクセス可能)

島根県 (2021f) 島根県保健医療計画 益田圏域編 令和3年10月.

https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/iryō/shimaneno_iryō/hokenniryōkeikaku/index.data/06_R3masuda.pdf (2022年9月1日アクセス可能)

島根県 (2021g) 島根県保健医療計画 中間評価・見直し版 松江圏域編 令和3年10月.

https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/iryō/shimaneno_iryō/hokenniryōkeikaku/index.data/01_R3matsue.pdf (2022年9月1日アクセス可能)

島根県 (2021h) 島根県保健医療計画 中間評価・見直し版 令和3年10月.

https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/iryō/shimaneno_iryō/hokenniryōkeikaku/index.data/keikakuR3_ikkatsu.pdf (2022年9月1日アクセス可能)

島根県健康推進課 (2006) 島根県内癌患者と家族のサロン一覧 2006年11月現在 .

島根県健康推進課 (2010) 県内がん患者団体等名簿 平成22年7月1日現在.

島根県健康推進課 (2011) 県内がん患者団体等名簿 平成23年12月1日現在 .

島根県健康推進課 (2013) 県内がん患者団体等名簿 平成25年10月21日現在.

島根県健康推進課 (2018) 島根県内がんサロン一覧 平成30年5月.

https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kenko/gan/gansalon/gansaron.data/gan-salon-list_.pdf
(2022年9月1日アクセス可能)

島根県健康推進課 (2020) 県内がんサロン一覧 令和2年4月.

<https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kenko/gan/gansalon/gansaron.data/salon202004.pdf> (2022年9月1日アクセス可能)

島根県広聴広報課 (2011) 特集2 積極的ながん検診受診を. フォトしまね : 184.

<https://www.pref.shimane.lg.jp/admin/seisaku/koho/photo/184/2.html?site=sp> 202291 (2022年9月1日アクセス可能)

島根県ホームページ. がん対策募金.

<https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kenko/gan/shimanetorikumi/gantaisakubokin.html> (2022年9月1日アクセス可能)

総務省統計局 (2015) 平成27年国勢調査 人口等基本集計結果.

<https://www.stat.go.jp/data/kokusei/2015/kekka/kihon1/pdf/gaiyou1.pdf>(2022年9月1日アクセス可能)

高橋泰・江口成美・石川雅俊 (2019) 地域の医療提供体制の現状 -都道府県別・二次医療県別データ集- 32. 島根県 (2018年版).

<http://www.jnari.med.or.jp/download/WP426/WP426-32.pdf>(2022年7月8日アクセス可能)

津和野町役場 (2013) 広報つわの : 95.

田龍一・竹宮健司 (2015) がんサロンの全国的運営状況および島根県における運営・活動実態に関する事例研究. 日本建築学会技術報告集 : 21 (47), pp.259-264.

富田明人 (2014) がん情報サロンボード.

<https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kenko/gan/gansalon/ganjouhousaron.data/h26.pdf?site=sp> (2022年9月1日アクセス可能)

中谷俊彦・小豆澤伸司・齊藤洋司 (2011) がん医療と緩和ケアに対する島根県と島根大学の取り組み. ホスピス・緩和ケア白書2011, pp.72-76.

日本対がん協会 (2014) 平成25年度厚生労働省委託事業 がん総合相談に関わる者に対する研修プログラム策定事業 研修テキスト がんサロン編. http://www.jcancer.jp/can-navi/wp-content/uploads/2015/10/ALL_PAGES.pdf(2022年9月1日アクセス可能)

納賀良一 (2010) 島根の“がんサロン” -そのパワーと秘訣-. 医学のあゆみ : 234 (12), pp.1120-1121.

原敬 (2008) しまねのがんサロン実践報告 -MSWによるファシリテーターとしての関わり. がん患者や家族が必要とする社会的サポートやグループカウンセリングの有用性に関する研究. 平成19年度総合研究報告書, pp.98-108.

原敬 (2013) がん体験者の自助グループ“がんサロン”とのかかわりと援助者自身が受けた影響について. 精神保健福祉 : 44 (1) , pp.37-39.

福島安紀 (2009a) 全国がんサロン交流会開催 (上) 広がる「がんサロン」の効用と課題.

<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/cancernavi/report/200909/100364.html> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

福島安紀 (2009b) 全国がんサロン交流会開催 (下) サロン 22 カ所, 募金 6 億超を実現した島根の秘密.

<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/cancernavi/report/200910/100374.html> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

守田直樹 (2013) 患者・病院・行政が連携し、がん医療向上を目指す「島根システム」に全国が注目 患者が声を上げて主体的に動けば、がん医療は変わる！ がんサポート.

https://gansupport.jp/article/patient_and_organization/patient01/4585.html (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

村下伯 (2012) 島根における「がんサロン」活動. (島根県健康福祉部医療対策課) <http://qsh.jp/bp/h1.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

【テレビ番組】

テレポート山陰 (2006a) 夫の遺志を受け継ぎがん患者サロン開設. BSS 山陰放送, 2006-04-6. (テレビ番組)

テレポート山陰 (2006b) がん医療を患者中心に. BSS 山陰放送, 2006-02-21. (テレビ番組)

注 釈

[注 1] 出雲圏域は出雲市のみからなり、島根県北東部に位置する。面積 624.36km²で、島根県の 9.3%を占める。2015 年の松江圏域の総人口は 171,938 人、島根県の総人口の 24.8%を占め、人口密度 275.4 人/ km²と、地方都市型二次医療圏といえる。高齢化率 29%と島根県では松江圏域と並んで一番低い。地形は島根県の穀倉地帯といわれる出雲平野と、中国山地を源と宍道湖に注ぐ斐伊川、日本海に注ぐ神戸川、中国山地に連なる中山間地域、圏域東部に宍道湖、西部に神西湖を有する。二次医療機関数は 5 機関、三次医療機関は 2 機関、一般病院病床数は 1,679 床と、機関数・病床ともに多い。

[注 2] 松江圏域は松江市、安来市の 2 市からなり、島根県東部に位置する。面積 993.92km²で、島根県の 14.8%を占める。2015 年の松江圏域の総人口は 245,758 人、島根県の総人口の 35.4%を占め、人口密度 247.3 人/ km²と、島根県内最大の地方都市型二次医療圏といえる。高齢化率 29%と島根県では出雲圏域と並んで一番低い。

地形は宍道湖と中海周辺に平坦地があるが、日本海側の半島部と圏域南部には山間地帯を有する。二次医療機関数は 7 機関、三次医療機関は 1 機関、一般病院病床数は 2,441 床と、機関数・病床ともに多い。

[注 3] 雲南圏域は雲南市、仁多郡奥出雲町および飯石郡飯南町の 1 市 2 町からなり、島根県東南部に位置する。面積 1,164.07km²で、島根県の 17.4%を占める。2015 年の雲南圏域の総人口は 57,126 人、島根県の総人口の 8.2%を占め、人口密度 49.1 人/ km²と、過疎地域型二次医療圏といえる。高齢化率 38%と高い。

広範な地域の大半は林野で、公共の交通機関が過疎地域のため、JR 木次線と自治体が運営する生活路線バスのみである。

二次医療機関数は 4 機関、三次医療機関はなし、一般病院病床数は 405 床と、機関数・病床ともに少ない。

[注 4] 大田圏域は大田市および邑智郡（川本町、美郷町、邑南町）の 1 市 3 町からなり、島根県中央部に位置する。面積 1,244.35 km²で、島根県の 18.5%を占める。2015 年の大田圏域の総人口は 54,609 人、島根県の総人口の 7.9%を占め、人口密度 43.9 人/ km²と、過疎地域型二次医療圏といえる。高齢化率 40%と島根県では一番高い。

平地は少なく、耕地面積は約 5,574ha と県全体の 14.9 %に対して、林野面積は 1,039.2 km²と大田圏域の 83.5%を占める。大部分が中山間部・山間部で、積雪も多く、厳しい自然環境にある。

二次医療機関数は 1 機関、三次医療機関は出雲圏域・邑智郡は浜田圏域に分割され、一般病院病床数は 378 床と、機関数・病床ともに少ない。

[注 5] 浜田圏域は浜田市、江津市の 2 市からなり、島根県西部に位置する。面積 958.9km²で、島根県の 14.3%を占める。2015 年の松江圏域の総人口は 82,573 人、島根県の総人口の 11.9%を占め、人口密度 86.1 人/ km²と、過疎地域型二次医療圏といえる。高齢化率 35%である。

地形は日本海に面した海岸部を有するが、大部分が中山間地に位置する林野で、山地が海岸線まで迫っており、平野部は狭い。

二次医療機関数は 3 機関、三次医療機関は 1 機関、一般病院病床数は 684 床と、機関数・病床ともに少ない。

- [注 6] 益田圏域は益田市と、津和野町・吉賀町の 1 市 2 町からなり、島根県西部に位置する。面積 1,376.72km²で、島根県の 20.5%を占める。2015 年の松江圏域の総人口は 61,745 人、島根県の総人口の 8.9%を占め、人口密度 44.8 人/km²と、過疎地域型二次医療圏といえる。高齢化率 37%と高い。圏域総面積の 88%を林野が占める中山間地域である。山間部には交通手段があまりなく、特に県庁所在地や高度医療を県内で受診することが難しい地域である。
- 二次医療機関数は 3 機関、三次医療機関はなし、一般病院病床数は 626 床と、機関数・病床ともに少ない。
- [注 7] 隠岐圏域は隠岐の島町、知夫村、西ノ島町、海士町からなり、島根県北部 40～80km の日本海に位置する諸島である。面積 345.92km²で、島根県の 5.2%を占める。2015 年の隠岐圏域の総人口は 20,603 人、島根県の総人口の 3.0%を占め、人口密度 59.6 人/km²と、過疎地域型二次医療圏といえる。高齢化率 39%と高い。
- 県内の交通はフェリーと高速船と飛行機、島内はバスとタクシー、緊急搬送時は県のドクターヘリや、自衛隊の協力により松江圏域に搬送される。
- 二次医療機関数は 2 機関、三次医療機関はなし、一般病院病床数は 111 床と、機関数・病床ともに少ない。
- [注 8] 「七位一体」とは、① 患者・家族、② 医療機関、③ 行政、④ 議会、⑤ 企業、⑥ 教育機関、⑦ メディアの 7 分野が一体に協働したがん対策をいう。がん対策やがん患者支援をがん患者と家族、医療機関や福祉機関だけに任せるのではなく、がん患者と共に県行政が音頭をとり、議会、行政機関、経済界、教育機関等を取り込むことである。
- [注 9] 福島 (2009) によると、「最初からすべての医療関係者が、サロン開設に前向きだったわけではない。『患者さんが、病院の中にかんサロンを開設したいと言ってきたとき、最初は、無理難題を押しつけられるのではないかと不安でした。でも、患者さんの生の声を聞くいいチャンスだし、医師・看護師不足や勤務医の厳しい状況など、現代の医療の難しさを知ってもらうことにもつながるのではないかと考えました』。がん診療連携拠点病院で、院内にかんサロン『ほっとサロン益田』を開設する益田赤十字病院(島根県益田市)副院長の岸本弘之氏は、そんな本音を吐露した。」
- [注 10] 「パートナーシッププログラム」とは医療の質と安全の向上をめざす市民、患者、医療関係者、研究者が、志を同じくして携えていこうというユニークな活動を示す。先行医療ジャーナリストたちに任せられた学会として異例の決断の賞である。

第3章 患者主導型がんサロンにおけるがん患者の話題の類型化

本章では、患者主導型がんサロンに参加するがん患者の会話を基に、話題の類型化を行った調査研究について述べる。参与観察から得た話題の類型化を行い、先行研究に依拠する医療専門職の相談にあった11大分類に加え、新たな大分類を追加し再構成することで、患者主導型がんサロンの話題では14大分類と42中分類となった。患者主導型がんサロンの同病者支援の特徴や考察を行う。加えて、次章の患者主導型がんサロンの効果の仮説の生成につなげる。

項目としては、「3-1. 調査目的」「3-2. 調査方法」「3-3. 倫理的配慮」「3-4. 結果」「3-5. 考察」「3-6. 第3章のまとめ」である。

3-1. 調査目的

調査の目的は、患者主導型がんサロンに集うがん患者の会話を基に、話題を類型化し、がん患者の生活者としての体験や悩み、課題を体系的に明らかにすることである。

3-2. 調査方法

参与観察調査を実施する。

3-2-1. 対象

島根県がん診療連携拠点病院に開設している1か所の患者主導型がんサロン（以下、サロンと略す）に参加しているがん患者を対象とした。対象サロンを選定した理由は次の4点である。

- ① 対象サロンの交流会には医療関係者は参加していないことから医療専門職の相談業務とは異なるがん患者のニーズが明らかになる。
- ② がん専門の高度医療機関であり、様々ながん種、ステージや症状段階の成人患者が治療を行っており、一定のサロン参加者数が見込まれる。

- ③ 患者主導型がんサロンの発祥県にあり、開設当初から患者主導型で運営されており、15年以上の活動実績がある。
- ④ 対象サロンは筆者が10年以上に渡り継続調査を実施している。先行研究中村（2019a）から、同病者との交流会ではがん患者が自由意志により参加し、また、参加者全員が同じ話題を語り合う形式で行われていたことから、がん患者の会話の記録データの収集と参与観察が可能であった。

3-2-2. 調査期間

調査は2011年3月から2017年の3月の期間の毎年3月末の月曜日にサロンを訪問し、計6回参与観察を行った。ただし、2013年は訪問できなかった。また、2016年は天候不良の影響で、参加者は世話役1名であった。

3-2-3. 分析方法

3-2-3-1. データの収集方法

データの収集は、サロン訪問時に参加者に口頭で了解を得た上で、参与観察を行った。参加者の匿名性があることを踏まえ、また心身の状態や後遺症などに配慮し、ICレコーダーによる録音や映像による記録は控えた。さらに、調査時に通常の雰囲気を保つために、参与観察では準備や片付け、季節行事などにも参加している。サロンでは参加者に参与観察の許可を口頭で得ているが、参加者は筆者が継続的な参加者、あるいはボランティアとして認知している。また、筆者は2010年からサロン関係者や県行政職、医療施設の医療専門職、世話役にインタビュー調査を継続的に実施している。

3-2-3-2. 新たな話題の類型化の方法

本章でのがん患者の会話から話題の類型化の新たな方法を示す（図3-1）。類型化の方法として、aからjまでの過程を得て7ステップから成る分析の過程を経た。ステップ1の会話録作成などは、医療施設で会話分析を言語学から研究している高木ら（2016）と、社会学から会話分析をしている西阪ら（2008）の分析を参考にした。

また、日本対がん協会（2016）のアンケート調査を基とし、ステップごとにこの文献に立ち返り、類型化を進めた。さらに全過程において、若尾ら（2020）、国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報サービス（2019）、三苦（2021）、角田ら（2022）、根本ら（2022）の先行研究の文献を確認し作業を進めた。

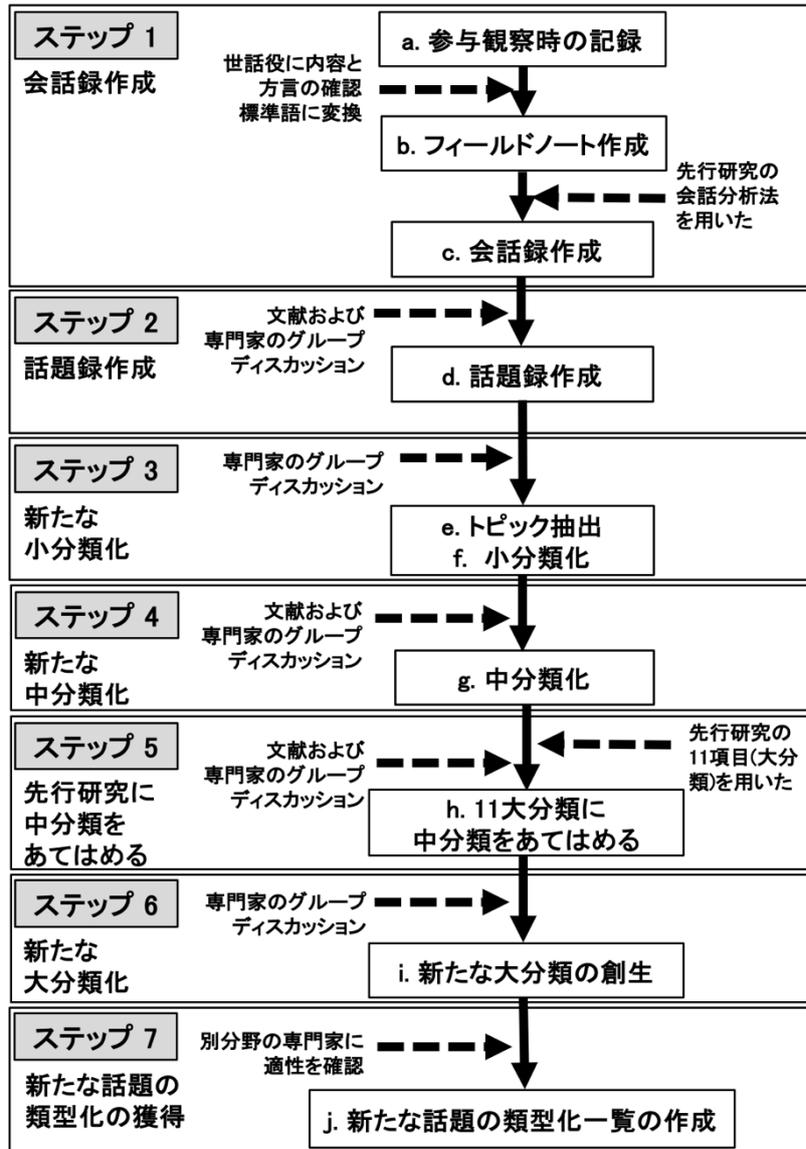


図 3-1 がん患者の話題の類型化の方法

【ステップ 1】 会話録作成

ステップ 1 は a～c の過程を経て、「参与観察時の記録」から「会話録」を作成した。

a. 参与観察時の記録

参与観察の記録は、参加者が不在になった時やサロン終了後に行った。「参与観察の記録」には、自然発生的な会話、性別、参加時間、行動、周辺の物理的環境など、サロン参加者の相互行為や相互関係に影響を与えると考えられることをすべて書き留めるよう心掛けた。記録の内容を口頭で世話役に確認し、方言などは世話役に相談の上、標準語に置き換えた。

b. フィールドノート作成

「参与観察の記録」を整理し、「フィールドノート」を作成した。フィールドノートには、患者の会話の意味や文脈を損なわないように、患者が発語した言葉を用いた。ただし方言は a と同様に対応した。

c. 会話録作成

「フィールドノート」から発話のみを転記した「会話録」を作成した。

【ステップ 2】 話題録作成

ステップ 2 は d の過程を経て、「会話録」から話題を抽出した「話題録」を作成した。

d. 話題録作成

ある患者が発した言葉に他の患者が続けて反応し、会話となったものを 1 つの話題（会話のまとまり）とした。「話題録」を作成するにあたり、文脈を意識しながら「フィールドノート」と「会話録」を熟読し先行研究の文献との照合に加えて、質的研究に精通する 4 名の研究者（社会福祉学、公衆衛生学、保健学、看護学）とのグループディスカッションを行った。抽出した話題とそれらの分類の一致や明確化を図った。これにより総話題数が明らかとなった。

【ステップ 3】 新たな小分類化

ステップ 3 は e～f の過程を経て、「話題録」からトピックを抽出し「小分類」を得た。

e. トピック抽出

「話題録」の各話題の中から話題の主題である「トピック」を抽出した。その際に会話の意味が損なわれなように、できるだけ患者が発語した言葉を用いた。

f. 小分類化

「トピック」「話題録」「会話録」の順に熟読し、確認と相互比較を繰り返しながら、さらに共通性や関連性のあるものを見出し、「トピック」を整理、分類、比較検討し、「小分類」とした。さらに、d と同じ専門家でグループディスカッションを行った。この手続きで分類した参与観察年ごとの話題件数と種類数を一覧にまとめた。

【ステップ 4】 新たな中分類化

ステップ 4 は g の過程を経て、「小分類」から「新たな中分類化」を行った。

g. 中分類化

話題を小分類とし、「話題録」を基に、新たな中分類を得た。これら中分類は先行研究の日本対がん協会(2016)による「がん患者における悩みの内容」「選択肢に表示された各悩みの定義」の11項目(表3-1)では明らかにされてなかった過程である。先行研究の文献を参照し[注1]、さらにdと同じ専門家とグループディスカッションを行った。

【ステップ5】 先行研究に中分類をあてはめる

ステップ5はhの過程を経て、「中分類」を「大分類」にあてはめた。

h. 11大分類に中分類をあてはめる

日本対がん協会(2016)による「がん患者における悩みの内容」「選択肢に表示された各悩みの定義」の11項目(表3-1)を、本調査では“11大分類”とする。この11大分類を用いて、ステップ4で類型化した中分類をあてはめた。この分類は「がんと診断された時からの相談支援検討委員会」が事前に一般のがん経験者10名を対象としたインタビュー調査を行い、抽出した項目である[注2]。その際、先行研究の文献を参照し、さらにdと同様に専門家とグループディスカッションを行った。

表3-1 日本対がん協会(2016)による先行研究の定義を用いた悩みの11大分類

	11大分類	各悩みの定義
1	身体	症状や副作用、後遺症などの身体のことについて
2	がんの進行・再発	がんの進行・再発について
3	気持ち(不安や落ち込み)	不安や落ち込みなど気持ちについて
4	治療	治療について
5	経済面	治療費などの経済的なことについて
6	医療者との関係	医療者との関係について
7	病院選びや転院	病院選びや転院について
8	家族や周囲の人との関係	家族や周囲の人との関係について
9	社会生活	仕事や学校など、社会生活について
10	日常生活	食事や運動、下着やかつらなど、日常生活に関わることについて
11	将来の生活	将来の生活について

引用 日本対がん協会(2016)『「平成27年度がんと診断された時からの相談支援事業」に関する報告書資料集』「選択肢に表示された各悩みの定義」(p.37)より抜粋

【ステップ6】 新たな大分類化

ステップ6はiの過程を経て、「新たな大分類」を創生した。

i. 新たな大分類の創生

“11 大分類”にあてはまらなかった中分類は、11 大分類とは異なる傾向を示すために、大分類を創生し新たな類型を得た。dと同じく、専門家を交えたグループディスカッションを行った。

【ステップ 7】 新たな話題の類型化の獲得

ステップ 7 は j の過程を経て、研究結果分析用に新たな「がん患者の話題の類型化一覧（研究結果分析用）」、研究結果揭示用に「がん患者の話題（要約）の類型化一覧（研究結果揭示用）」を作成した。

j. 新たな話題の類型化一覧の作成

分析結果の適切性を担保するために、随時「フィールドノート」や「会話録」に立ち戻り確認した。この作業は専門家とのグループディスカッションにおいて合意が形成されるまで継続した。その後、別分野の新たな 4 名の専門家に適切性を確認し、精緻化された「話題録」「話題録の要約」「トピック」「中分類」「大分類」の類型を明示した。

新たにサロンに参加するがん患者の話題の大分類と中分類の類型化を得て、「がん患者の話題の類型化一覧（研究結果分析用）」を作成しまとめた。次に個人情報保護の観点から、個人が特定されないために話題を要約し、研究結果揭示用として「がん患者の話題（要約）の類型化一覧（研究結果揭示用）」を作成した。その後、新たながん患者の話題の類型化の大分類と中分類をまとめた表を示す。

3-3. 倫理的配慮

倫理的配慮には、人を対象とした研究の一般的な倫理（日本社会福祉学会の規定）を遵守した。フィールドであるサロンの世話役には常に訪問に先立ち連絡を行い、口頭で承認を得た。サロン参加者には、調査当日に筆者が同席することを伝え、同意を口頭で得た。個人情報保護の観点から、会話・話題内容において個人が特定できる表記は前述の類型化の過程で削除し、データの扱いや論文公表時に、調査対象が特定されないう「新たなサロンの話題（要約）の類型化一覧（研究結果揭示用）」を作成した。研究・分析データは、研究責任者である筆者のみがアクセスできるハードディスクに暗号化して保存した。また、分析の過程で作成した記録などの研究資料も、筆者のみ開錠可能な場所に保管した。本研究は、武庫川女子大学「人を対象とする研究に関する倫理委員会」で承認を得ている（申請番号 17-43 号）。

3-4. 結果

調査研究1の結果として、参与観察のサロンの概要、基本属性、話題の類型化の順に詳述する。

3-4-1. 参与観察した患者主導型がんサロンの概要

調査対象のサロンの概要（表 3-2）に示す。参加者はがん患者が多い。また、サロンを企画・運営しているのはがん患者などであり、一般的に「世話役」と呼ばれている。

表 3-2 参与観察した患者主導型がんサロンの概要

	開催場所	がん診療連携拠点病院
基本情報	開設年	2006(平成18)年
	開設理由	患者からの要望
	参加者	がん患者, 家族, 遺族
	参加方法	自由参加・自由退席, 事前予約は不要
	手続きと費用	登録制なし, 会員制なし, 匿名の参加可能 会費・参加費などの負担なし
	企画・運営者	がん患者
	活動内容	活動目的
プログラム内容		語り合い, 情報交換, イベント, 検診普及啓発活動
プログラム方法		オープングループ, 自由参加・退出する交流会を中心にした自由なグループ活動, 毎回のテーマ設定やグループの全体の開始・終結期はない
活動頻度		週1回 10時-15時(5時間)
交流会への専門職の参加		なし

引用 中村明美 (2019) 「島根県におけるがんサロンの実態研究」を基に筆者一部修正

3-4-2. 基本属性

調査年度別の参加者数・性別表を示す（表 3-3）。調査対象者数は合計 88 人であった。世話役はのべ 10 人で、実数は 5 人女性のみであった。非世話役は実数 78 人で、女性が 70 人・男性 8 人であった。そのうち付き添いは 4 人であった。総じて女性が多かった。

非世話役のがん患者のうち 1 人は、本来は外来治療の患者であるが、遠方に居住しており通院がむずかしいため入院していた。それ以外は通院中や近隣に暮らす患者であった。中には、県外の医療機関で治療を受けているが、居住地域のがん情報と患者との交流を得るためにサロンに参加している人もいた。このことから、参加者は在宅で生活しているがん患者であることがわかった。なお、付き添い家族はサロン開催中、挨拶以外の発語していない。

調査時における1回の参加者数は、2016年を除き11人～27人（平均17.4人）であった。2016年は暴風雨のために、参加者は世話役1名だけであった。世話役は天候によって参加者が見込めない時にも、サロンの開催時間には在室していた。

表3-3 調査年度別の参加者数:合計、世話役・非世話役別×性別

年	合計 人数	世話役		非世話役	
		女	男	女	男
2011	11	3	0	6	2
2012	14	2	0	10	2
2014	15	1	0	13	1
2015	20	1	0	19	0
2016	1	1	0	0	0
2017	27	2	0	22	3
合計	88	10	0	70	8

3-4-3. 抽出した話題数

抽出した話題の件数はのべ105件で、話題は84種に分類された。各年度の話題件数と話種類をまとめる（表3-4）。参与観察年ごとの話題件数と種類数は、2011年は16件（14種）、2012年は20件（15種）、2014年は20件（13種）、2015年は24件（17種）、2016年は0件、2017年は25件（17種）であった。また個人情報保護の観点から個人が特定されないように全105件（84種）の話題を要約した「患者主導型がんサロンに参加したがん患者の105件の話題（要約）録一覧」として整理し、表3-5に示す。

表3-4 参与観察年ごとの話題件数と種類数

年	話題件数	種類数
2011	16件	14種
2012	20件	15種
2013	—	—
2014	20件	13種
2015	24件	17種
2016	—	—
2017	25件	17種
計	105件	84種

注：2013年は調査できなかった
2016年は暴風雨のために参加者なし

表 3-5 患者主導型がんサロンに参加したがん患者の 105 件の話題（要約）録一覧 1

	話題の内容(要約)	トピック	観察年と年代別の話題件数(小分類)					
			2011	2012	2014	2015	2017	合計
1	最近、体調がすぐれない	身体のつらさ	1	1			1	3
2	痩せてくると座ってられない	身体の変調					1	1
3	今日は診療で、体調が悪い	体調不良					1	1
4	脱毛で、うつむいている	脱毛などの抗がん剤の副作用				1	1	2
5	再発した 家族になんて言っているかわからない また迷惑をかける	再発への不安		1				1
6	再発は怖い もう抗がん剤治療はしたくないなどと治療の苦しさ話す(再発期、検査中)	抗がん剤治療の苦しさと不安	1					1
7	体調が悪くなり検査すると、すぐに再発や転移してのではないかと考えてしまう 思いだしたら、寝れないぐらい不安になる(再発期、検査中)	体調が悪くなると再発や転移ではないかとの不安		1				1
8	今日は再検査結果を聞く日で怖い 検査項目が多くなっていて 最近体調がすぐれないし、きつと再発だと思う	再発期の再検査結果への不安	1					1
9	定期診察で、先生が急に検査すると言った、再発したかもという不安 せつかく仕事始められるようになったのに、治療費のこともある【取り乱している様子】(再発期、検査中)	定期診察後の再検査の不安					1	1
10	治療効果があるのか不安 がんになって一生こうならどうして良いのか、漠然とした不安がいつぱいで、毎日を過ごしている	治療効果があるかなど漠然とした不安				1		1
11	検査結果を聞きに来たら、がんと言われた どのような病気が治療なのかかわからないので知りたい【動揺しており、人の話が入らない様子】	告知後の動揺と混乱	1					1
12	自分が考えていたがんの状態より重度だった もう少し軽いと思っていた	考えていたより病気が重かった気持ち		1				1
13	どうして私だけ、こんな病気になるのか	私だけこんな病気になるのか		1				1
14	一人で悩んでしんどい 家族にがんのこと充分に伝えられていない 友達にも言えないので、一人でも引きこもってしまいそうで怖い	一人で悩みを抱える		1				1
15	不安がいつぱいなのに、診察時間が短い	診察時間が短い		1				1
16	治療がほかにあるのではないか	治療法の情報がほしい		1				1
17	治療しないといけな思っているが、身体がきつくて治療を中断したいという弱音を聞いてほしい	治療のつらさの弱音		2				2
18	治療できて本当に良かった	治療できる喜び				1		1
19	どんな治療をしたのか、同病者の治療体験を聞かせて下さい	同病者の治療体験を聞きたい	1	1				2
20	治療費のことで家族に迷惑をかける	家族への治療費負担	1					1
21	経済的なことを考えると仕事はやめられない いつまで(治療が)続かわからない	仕事と生活・治療費など経済問題				1	1	2
22	治療費も結構かかる	治療費の負担				1		1
23	医者の前では緊張して、説明が理解できない	医者の前では緊張	1					1
24	医師へ検査する理由をどのように聞いてよいかわからない	医師への質問の仕方					1	1
25	医師の転勤による動揺と、後任医師と継続的な治療についての不安	医師の転勤による動揺	1					1
26	医療者(医師と看護師など)に対する不満を話す	医療者への不満		1				1
27	がん相談員やMSWはどんな人かわからないので緊張する 予約してまで相談したいと思わない	がん相談員やMSW等の情報不足				1		1
28	セカンドオピニオンを利用した時の担当医師との関係の悪化の恐れ の心配	セカンドオピニオン利用による主治医との関係	1	1	1			3
29	転院希望で、病院の情報を教えてほしい	転院の希望	1					1
30	家族にも正しい病気や治療の内容が説明できない	家族への病気や治療の説明	1					1

表 3-5 患者主導型がんサロンに参加したがん患者の 105 件の話題（要約）録一覧 2

	話題の内容(要約)	トピック	観察年と年代別の 話題件数(小分類)					
			2011	2012	2014	2015	2017	合計
31	自分より家族の方が病気や治療に対する不安が大きく、家族をフォローしなければならなくて負担が大きい 自分自身が精一杯	家族をフォローするしんどさ	1					1
32	家族が、がんの症状への理解がない	家族の理解不足		1				1
33	家族は他県で診療(治療)を勧めるが、私は仕事や経済的理由から地元を離れたくない 他県で入院するのはいやで、何かあったときも地元の病院がいい	家族との治療方針の違い		1				1
34	がんになってから、腫れ物に触るみたいに気を遣われるのがさみしい	家族の対応への不満			1			1
35	家族に病気のことを話すと悲しむのがわかっているのでつらくて話せない	病気のことを家族に話せない悩み			1			1
36	体調がすぐれない時は、子どもに当たってしまい、どうしたらいいのかわからない(がん治療中)	体調不良時の子どもへの対応					1	1
37	体調がすぐれなくて、よく横になっている 子どもに対して自分の病気のことをどのように話すか悩んでいる(がん治療中)	子どもに自分の病気の説明				1		1
38	子どもに毎日ダラダラしているといわれて、感情的に病気のこと告知してしまった(がん治療中)	子どもへ感情的な告知の反省と対応			2			2
39	体調がすぐれない時に家事は手抜きできる しかし近所つきあいは手抜きできない	病気になってからの近所つきあい			1			1
40	近所の人に病気のことを言っていないが、病気に気がついてる雰囲気がある	近所の人が病気のことを気がついていて複雑な気持ち			1			1
41	近所の人で相談できる人はいない 近所同士の清掃活動など結構大変	近所に相談相手がいない				1		1
42	町内会の役員に当たってしまった 近所の人に病気のことを話していないが、みんな知っているの、直接聞いて欲しい 腫れ物に触るみたいに気を遣われるのがいや	闘病中の町内会の役員当番				1		1
43	近所の人に、がんにかかったことを話すと、かわいそうに思われ、すぐ死ぬみたいに思われている	近所の人への偏見				1		1
44	近所の人にがんと言えないが、やせて、顔色が悪くなると、近所の人目が気になる	外見の変化による近所の人への視線が気になる					1	1
45	がんということと話すと、友達にはわかってもらえない なんか同情されるのもいやな気持ち	友達に病気のことを話せない		1				1
46	親戚にがんのことを話すかどうか悩んでいる	親戚にがんのことを話すかどうかの悩み			1			1
47	職場に話していいのかサロンで相談した 結果、職場で話したら、上司や職場の人も無理をしないように工夫してくれたので、本当に話して良かった	職場への説明と職場の理解についての相談		1				1
48	職場にどの時期にどのように話していいかわからない 仕事は続けたい	職場への報告の時期		1				1
49	職場でがんのことを話すと、仕事をやめさせられる(業務がなくなる)のではないかと心配	がんになり退職させられるかもと思う不安		1				1
50	仕事を復帰するにあたり、仕事が続けられるのか 再発時の可能性を考えると、治療の苦しさから仕事の継続ができるか悩んでいる	復帰後の仕事継続				1		1
51	仕事が復帰できるうれしさはある 休職分の働きを取り戻して、頑張ってるんだけど、不安が大きい	休職分の働きを取り戻さないといけない気持ち				1		1
52	治療のため仕事を辞めて、生活の張りややりがいを持った気がする ダブルインカムのため、子育て中で経済的な負担が増	仕事を辞めた事による社会的役割と家族内の役割の変化			1			1
53	治療と仕事の両立の方法を尋ねる	治療と仕事の両立の相談			1	1		2
54	手術することになったのだけど、何か参考になることがあったら教えてください	手術する前の準備			1			1
55	手術後の食事の方法と栄養の取り方に悩んでいる	食事と栄養	1					1
56	抗がん剤治療が始まると体調がすぐれず動けず、家事ができず情けない気持ちになる 家事はやって当たり前と家族に思われていることが心身的に苦痛 家事の負担	抗がん剤が始まると家の事ができない 情けない気持ち			2	1	2	5

表 3-5 患者主導型がんサロンに参加したがん患者の 105 件の話題（要約）録一覧 3

	話題の内容(要約)	トピック	観察年と年代別の話題件数(小分類)					
			2011	2012	2014	2015	2017	合計
57	髪がなくなり、ウィッグをしている ウィッグを外すタイミングがわからない	外見の変化				1	1	2
58	手術後、温泉に入りたいが、人目が気になる	楽しみの継続方法				1		1
59	体調がすぐれない時は、私の代わりに子どもに家事を任せたい	体調がすぐれない時に子どもに家事を手伝ってもらいたい			1		1	2
60	子育てと家事をきちんと両立したいが心身ともに不良でできない 特に学校行事は行きたくない	身体がつかい時の学校行事					2	2
61	自分の治療と介護が重なって、家族の介護が優先になっている	自分の治療より介護が優先		1	1			2
62	自分の身体がつかなくて十分な介護ができないことが申し訳ない	身体不調で介護ができないことへ気持ち			1			1
63	介護と治療が思うようにできない	介護と治療の両立			1			1
64	がんで仕事をやめた 家族で家事などをしていた人がいるので、家の中での新たな役割を考えないと、家にいつらい悩み	家での役割変化			1			1
65	女性は仕事以外にも母親、妻、嫁、姑などのたくさんの役割があるが、 病気の時は無理をしないほうがよい 病気になったタイミングは、家族内の役割を見直す良い転機になる	病気になったことで家族内の役割を見直す機会			1			1
66	治療後に結婚や出産できるのかという不安がある	治療後の結婚や出産	1					1
67	がんになって、健康の大切さや喜びを感じている	生きる喜び				1		1
68	がんになって初めて人生を考えるようになった 今考えられて良かったと思う	人生を考える				1		1
69	病気の前は健康が当たり前と思っていた がんになって生き方を考えられるようになった	生き方を考える					1	1
70	がんになって、サロンに参加して、将来のことを話題にできるようになった	サロンに参加して話せる将来のこと			1			1
71	一人でいると落ち込むときもあるけど、サロンに参加すると同病者に 会い、たわいもない話をするので、気持ちがかるくなり楽しい 年齢や背景を超えて、出会う場所	サロンに参加することで同病者に会える喜び				1		1
72	サロンに参加すると、同じ立場の人に出会い、病気のことを隠さず、 本音で話せる 家ではあまり、病気のことは話せない	サロンでは病気のことについて素直に話せる					1	1
73	傾きながら話を聞いてくれるだけで嬉しい 私は家で家族の話は聞き役に、誰も私の話を聞いてくれない サロンの同病者はみんな話を聞いてくれる	サロンで話を聞いてもらえるうれしさ					1	1
74	家族（嫁・姑）が気遣って言葉をかけてくれたり、手伝ってくれたこと など、家族に直接言えない感謝の気持ちを話す	面と向かっては言えない家族などへの感謝の気持ち				1		1
75	病気になるまで気がつかなかった日常のさりげないことや、いろいろ な些細なこと、当たり前のことに気づき、感動する	病気になるまで、気がつかなかったあたり前に感動					1	1
76	がんになって、家族の関係をみなおし、感謝の話がでる	病気になったことで家族の関係の見直し				1	1	2
77	がんになって一度死ぬかもと覚悟したことで、これからの人生のことを 色々真剣に考えた	一度死ぬと覚悟したことで人生のこれからを考える					1	1
78	がんになって、生活のことを考える	病気になった後に生活のことを考える					1	1
79	治療法がないと言われたが、長年ふつうに生活している	治療法は今はないが、ふつうに生活している	1				1	2
80	他のサロンの様子、同病者（同じ部位で、同じ治療方法）の患者の生活を知りたい	他サロンの様子と同病者とのつながりは大切				1		1
81	同じ年頃の同病者と友達になれた 一緒にサロンに来た	同年代の同病者とのつながり					1	1
82	サロンに参加していた、同じ時期に手術した同病者の様子を気にかける	術後のサロン参加者の様子を気にかける	1			1		2
83	最近サロンに参加していない同病者の様子を気にかける	最近来ないサロン参加者の心配と配慮					1	1
84	サロンに参加したことのある独居の同病者が、病状悪化により地域で 孤立していることを気にかける（地縁・血縁なし）	現在はサロンに参加していない孤立している同病者への配慮				1		1
合計			16	20	20	24	25	105

3-4-4. 話題の類型化方法のステップ7に至る過程の中分類、大分類の話題数の結果

話題の類型化の方法のステップ7とそれに至る過程の話題件数、中分類の種数、大分類の数の結果を示す(図3-2)。

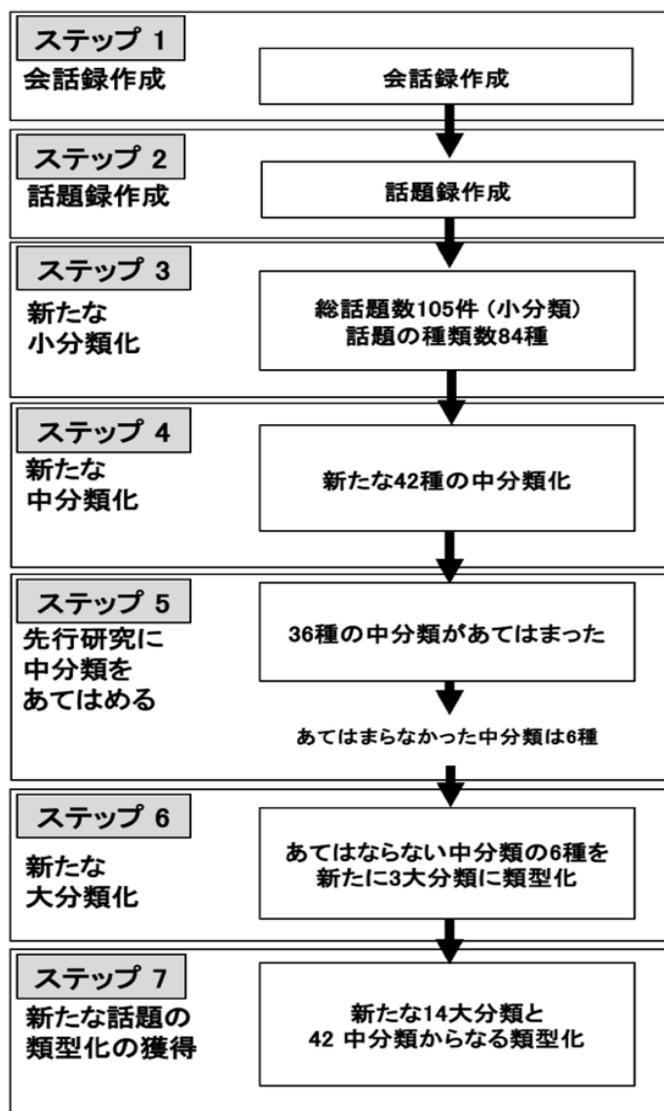


図3-2 7ステップに至る過程の話題件数、中分類の種数、大分類の数の結果

3-4-5. 抽出した話題105件の中分類化

全105件(84種)の話題から抽出された、42種類の中分類を表3-6に示す。中分類の段階で、①9 子ども以外の家族との関係(話題数6)、②20 近所との関係(話題数6)、②9 家事・食事(話題数6)など、日常的な人間関係と生活に関わる話題がより多く確認されている。

表 3-6 トピックを中分類にあてはめた表

中分類		総話題数 (小分類)
①	症状や状態	5
②	副作用や後遺症	2
③	進行・再発・転移	1
④	再発期や慢性期の再検査と病状進行の不安	4
⑤	がんによる漠然とした不安や落ち込み	1
⑥	告知後の不安や混乱(告知後3週間以内)	2
⑦	不機嫌や不安(告知後3週間以上 適合障害・うつ)	1
⑧	否認と孤立	1
⑨	治療や病気の説明	2
⑩	治療への思い	3
⑪	治療方法	2
⑫	治療費問題	4
⑬	医師とのコミュニケーション	2
⑭	担当医師の変更	1
⑮	医療者への不満	1
⑯	相談員への認知不足	1
⑰	セカンドオピニオン	3
⑱	病院選びや転院	1
⑲	子ども以外の家族との関係	6
⑳	子どもとの関係	1
㉑	子どもへの告知	3
㉒	近所との関係	6
㉓	友人・親戚などの関係	2
㉔	職場への説明と職場の配慮	3
㉕	職場復帰	2
㉖	休職と退職	1
㉗	治療と就労のバランス	2
㉘	手術や入院の準備および退院の準備	1
㉙	家事・食事	6
㉚	外見変化の対応	2
㉛	余暇活動・趣味・楽しみ	1
㉜	子育て	4
㉝	介護	4
㉞	家族内の役割変化	2
㉟	治療後の生活を考える	1
㊱	生き方について考える	4

3-4-6. 先行文献の 11 大分類に振り分けられた 36 中分類

中分類に類型化した話題を先行研究の“11 大分類”と相互比較したところ、中分類①～㊱までの話題 88 件(36 種)を 11 の大分類にあてはめた(表 3-7)。11 大分類にあてはまらず、異なる傾向を示す話題は 17 件の中分類 6 種であった。

表 3-7 中分類を先行研究の 11 大分類にあてはめた類型

中分類		総話題数 (小分類)	大分類		大分類 話題数
①	症状や状態	5	1	身体	7
②	副作用や後遺症	2			
③	進行・再発・転移	1	2	がんの進行・再発	1
④	再発期や慢性期の再検査と病状進行の不安	4	3	気持ち (不安や落ち込み)	9
⑤	がんによる漠然とした不安や落ち込み	1			
⑥	告知後の不安や混乱 (告知後3週間以内)	2			
⑦	不機嫌や不安 (告知後3週間以上 適合障害・うつ)	1			
⑧	否認と孤立	1			
⑨	治療や病気の説明	2	4	治療	7
⑩	治療への思い	3			
⑪	治療方法	2			
⑫	治療費問題	4	5	経済面	4
⑬	医師とのコミュニケーション	2	6	医療者との関係	5
⑭	担当医師の変更	1			
⑮	医療者への不満	1			
⑯	相談員への認知不足	1			
⑰	セカンドオピニオン	3	7	病院選びや転院	4
⑱	病院選びや転院	1			
⑲	子ども以外の家族との関係	6	8	家族や周囲の人との関係	18
⑳	子どもとの関係	1			
㉑	子どもへの告知	3			
㉒	近所との関係	6			
㉓	友人・親戚などの関係	2			
㉔	職場への説明と職場の配慮	3	9	社会生活	8
㉕	職場復帰	2			
㉖	休職と退職	1			
㉗	治療と就労のバランス	2			
㉘	手術や入院の準備および退院の準備	1	10	日常生活	20
㉙	家事・食事	6			
㉚	外見変化の対応	2			
㉛	余暇活動・趣味・楽しみ	1			
㉜	子育て	4			
㉝	介護	4			
㉞	家族内の役割変化	2			
㉟	治療後の生活を考える	1	11	将来の生活	5
㊱	生き方について考える	4			
㊲	がん患者同士の情緒的なつながり	2	あてはまらなかった話題	17	
㊳	自分の気持ちを他者へ話せる	3			
㊴	自己省察 (がんになったから～できる・～したい)	4			
㊵	病気の受容	2			
㊶	同病者との交流を深める	2			
㊷	地域における同病者同士の配慮	4			

3-4-7. 新たな 3 大分類と 6 中分類の類型化の獲得

11 大分類にあてはまらず、異なる傾向を示す話題 17 件の中分類 6 種は、「㊲ がん患者同士の情緒的なつながり」「㊳ 自分の気持ちを他者へ話せる」「㊴ 自己省察 (がんになったから～できる・～したい)」「㊵ 病気の受容」「㊶ 同病者との交流を深める」「㊷ 地域における同病者同士の配慮」であった。これらの中分類 6 種に対して大分類を創生し、大分類「12. 肯定的な心情 (中分類㊲、㊳、㊴、㊵)」、大分類「13. 同病者との交流

(中分類④)、大分類「14.地域における同病者同士の配慮(中分類④)」を追加し類型化を得るに至った(表3-8)。

表 3-8 異なる傾向の新たな3大分類と42中分類の類型

	中分類	総話題数 (小分類)	大分類	大分類 話題数
先行文 献の11 大分類	① 症状や状態	5	1 身体	7
	② 副作用や後遺症	2		
	③ 進行・再発・転移	1	2 がんの進行・再発	1
	④ 再発期や慢性期の再検査と病状進行の不安	4	3 気持ち(不安や落ち込み)	9
	⑤ がんによる漠然とした不安や落ち込み	1		
	⑥ 告知後の不安や混乱(告知後3週間以内)	2		
	⑦ 不機嫌や不安(告知後3週間以上 適合障害・うつ)	1		
	⑧ 否認と孤立	1		
	⑨ 治療や病気の説明	2	4 治療	7
	⑩ 治療への思い	3		
	⑪ 治療方法	2		
	⑫ 治療費問題	4	5 経済面	4
	⑬ 医師とのコミュニケーション	2	6 医療者との関係	5
	⑭ 担当医師の変更	1		
	⑮ 医療者への不満	1		
	⑯ 相談員への認知不足	1		
	⑰ セカンドオピニオン	3	7 病院選びや転院	4
	⑱ 病院選びや転院	1		
	⑲ 子ども以外の家族との関係	6	8 家族や周囲の人との関係	18
	⑳ 子どもとの関係	1		
	㉑ 子どもへの告知	3		
	㉒ 近所との関係	6		
	㉓ 友人・親戚などの関係	2		
	㉔ 職場への説明と職場の配慮	3		
	㉕ 職場復帰	2	9 社会生活	8
	㉖ 休職と退職	1		
	㉗ 治療と就労のバランス	2		
	㉘ 手術や入院の準備および退院の準備	1		
	㉙ 家事・食事	6	10 日常生活	20
	㉚ 外見変化の対応	2		
	㉛ 余暇活動・趣味・楽しみ	1		
	㉜ 子育て	4		
	㉝ 介護	4		
	㉞ 家族内の役割変化	2		
	㉟ 治療後の生活を考える	1		
	㊱ 生き方について考える	4	11 将来の生活	5
新たな3 大分類	㊲ がん患者同士の情緒的なつながり	2	12 肯定的な心情	11
	㊳ 自分の気持ちを他者へ話せる	3		
	㊴ 自己省察(がんになったから～できる・～したい)	4		
	㊵ 病気の受容	2		
	㊶ 同病者との交流を深める	2	13 同病者との交流	2
	㊷ 地域における同病者同士の配慮	4	14 地域における同病者同士の配慮	4

3-4-8. 新たな患者主導型がんサロンの話題の14大分類と42中分類の類型化

先行研究の医療専門職の11大分類に、新たに3大分類を追加して再構成することで、14大分類と42中分類からなる新たな話題の類型化である「がん患者の話題の類型化一覧（研究結果分析用）」を作成し分析に供する。その後、本研究の成果として、新たな「がん患者の話題の14大分類42中分類の類型化一覧」を示す（表3-9）。なお、用語の統一を図るために、先行研究の11大分類の大分類【3.気持ち（不安や落ち込み）】を大分類【3.否定的な心情】に変更した。

表3-9 がん患者の話題の14大分類42中分類の類型化一覧

大分類		中分類	
1	身体	①	症状や状態
		②	副作用や後遺症
2	がんの進行・再発	③	進行・再発・転移
3	否定的な心情	④	再発期や慢性期の再検査と病状進行の不安
		⑤	がんによる漠然とした不安や落ち込み
		⑥	告知後の不安や混乱(告知後3週間以内)
		⑦	不機嫌や不安(告知後3週間以上 適合障害・うつ)
		⑧	否認と孤立
		⑨	治療や病気の説明
4	治療	⑩	治療への思い
		⑪	治療方法
		⑫	治療費問題
5	経済面	⑫	治療費問題
6	医療者との関係	⑬	医師とのコミュニケーション
		⑭	担当医師の変更
		⑮	医療者への不満
		⑯	相談員への認知不足
7	病院選びや転院	⑰	セカンドオピニオン
		⑱	病院選びや転院
8	家族や周囲の人との関係	⑲	子ども以外の家族との関係
		⑳	子どもとの関係
		㉑	子どもへの告知
		㉒	近所との関係
		㉓	友人・親戚などの関係
9	社会生活	㉔	職場への説明と職場の配慮
		㉕	職場復帰
		㉖	休職と退職
		㉗	治療と就労のバランス
10	日常生活	㉘	手術や入院の準備および退院の準備
		㉙	家事・食事
		㉚	外見変化の対応
		㉛	余暇活動・趣味・楽しみ
		㉜	子育て
		㉝	介護
		㉞	家族内の役割変化
		㉟	治療後の生活を考える
11	将来の生活	㊱	生き方について考える
		㊲	がん患者同士の情緒的なつながり
12	肯定的な心情	㊳	自分の気持ちを他者へ話せる
		㊴	自己省察(がんになったから～できる・～したい)
		㊵	病気の受容
		㊶	同病者との交流を深める
13	同病者との交流	㊶	同病者との交流を深める
14	地域における同病者同士の配慮	㊷	地域における同病者同士の配慮

用語の統一を図るために、先行研究の11大分類の大分類【3.気持ち（不安や落ち込み）】を大分類【3.否定的な心情】に変更

3-4-9. 患者主導型がんサロンのがん患者の105件の話題（要約）と類型化の一覧

類型化の全体像を示すために、研究結果揭示用として「がん患者の話題の類型化一覧（研究結果分析用）」から、個人情報保護の観点から個人が特定されないように105件の話題を要約した「がん患者の105件の話題（要約）と14大分類42中分類の類型化一覧（研究結果揭示用）」を作成し第3章の章末に示す（表3-10, 102～105頁）。

3-5. 考察

患者主導型がんサロンのがん患者の話題の類型化は14大分類と42中分類を得た。参与観察から参加者は在宅のがん患者であったことから、本章の類型化は、在宅で生活するがん患者の生活者としての悩みや課題を体系的に明らかにすることにもつながった。

はじめに14大分類の結果と考察を述べ、その後、参与観察を通して類型化を横断していた在宅のがん患者の生活者としての悩みと課題について考察する。

3-5-1. 14大分類42中分類で示されたがん患者の悩みや日常生活上の課題

大分類【1.身体】

大分類【1.身体】には、話題数（小分類）7件の話題が観察から確認された。重複した話題は計5件あり、トピックス数は4件となった。中分類は2種に類型化された。話題の内容（要約）番号は80頁の1から4である。

サロンでは身体や治療のつらさ、体調不良などの心情的な話題が多くあった。病気や治療などの医療に関する専門的な話題はあがらず、自身のがん治療や療養の経験談が話題になっていたことが観察された。また、病気や治療について尋ねる参加者がいても「一人ひとり病状や治療方法が違うのでわからないので答えられない」と対応していたことが参加者に共通してみられた。このことから、参加者は病気に関することをむやみに発言することが巻き起こす事態の重要性を理解しているために、責任の持てない発言をしないのではないかとうかがえた。

大分類【2.がんの進行・再発】

大分類【2.がんの進行・再発】には、話題数（小分類）1件の話題が観察から確認された。トピックス数は1件となった。中分類は1種に類型化された。話題の内容（要約）番号は80頁の5である。

観察から多くの参加者は、がんの進行や再発の話題とともに、不安の心情を吐露することが観察から明らかになった。そのため、この 1 件の話題は医療に関するがんの進行・再発のみで心情が入っていない話題を大分類【2.がんの進行・再発】に割りあてた。その結果、多くの話題が大分類【3.否定的な心情】に割りあてることとなった。

サロンでは、個人の治療経験について話し、また聞くことはできるが、医療の専門性に関わることに限っては個別性があるので返答や相談は行わないというルールがある。そのため、この大分類の話題は少ないと考えられた。

大分類【3.否定的な心情】

大分類【3.否定的な心情】には、話題数（小分類）9 件の話題が観察から確認された。トピックス数は 9 件となった。中分類は 5 種に類型化された。話題の内容（要約）番号は 80 頁の 6 から 14 である。

本調査では、慢性期（再発期）の段階、告知後の段階、症状が思ったより重く落胆している段階、告知後 3 週間以上の適合障害などの段階、否認と孤立段階での話題が観察された。しかし、話題の 1 つひとつに個別性があることから、重複話題としてまとめることは困難であった。このことから、がん患者はさまざまな不安の心情やがん再発に対する心情があり、揺れ動いていることが話題からうかがえた。

また、「私だけなぜがんになった」「誰にもがんになったことを話せず一人で悩みを抱える」などの話題があった。まずは、安心して自己開示し否定的な心情をも話せる場が重要であることが示された。

患者体験調査（2018）では、がん患者が医療スタッフに「身体的なつらさがある時に相談できると思う人」は 46.5%、また「心のつらさがある時に相談できると思う人」は 32.8%と低かった。サロンの話題件数が多かったことから、心身のつらさに関する相談や悩みの吐露は同病者同士の方が話しやすいとかがえた。

大分類【4.治療】

大分類【4.治療】には、話題数（小分類）7 件の話題が観察から確認された。重複した話題は計 4 件あり、トピックス数は 5 件となった。中分類は 3 種に類型化された。話題の内容（要約）番号は 15 から 19 である。

2012 年には治療や病気の説明への不満として、「診察時間が短い」「治療法の情報がほしい」などがあつた。しかし、医療者のインフォームド・コンセントの倫理の普及などからか 2013 年以降にこの話題は見られない。サロンでは同病者同士が治療への思いとして、治療のつらさの弱音を吐露する一方で、治療できる喜びの心情の表出もあつた。また、同病者の治療体験を聞きたいなどの話題が確認された。

大分類【5.経済面】

大分類【5.経済面】には、話題数（小分類）4件の話題が観察から確認された。重複した話題は2件あり、トピックス数は3件となった。中分類は1種に類型化された。話題の内容（要約）番号は20から22である。

2015年から話題数が上がってきており、大分類【9.社会生活】の職場に関することと共に、治療と就労の両立支援が進む、今後、サロンの重要な話題になると考えられた。

実際に本調査では経済的なことはサロンであまり話題が続かず、会話も広がらなかった。例えば、抗がん剤などの治療費が高いという話題になると参加者全員が「そうだ」「本当に」とうなずくが、それ以上の話題は観察されなかった。医療専門職が行う相談業務の場合、個人に関わる経済的な問題に関する相談はしやすいが、サロンではプライバシーに踏み込んだ話題は避けられやすいのかもしれない。

大分類【6.医療者との関係】

大分類【6.医療者との関係】には、話題数（小分類）5件の話題が観察から確認された。トピックス数は5件となった。中分類は4種に類型化された。話題の内容（要約）番号は23から27である。

医師とのコミュニケーションにおいて、医者の前では緊張し思うように話せないという話題に対して、医師への質問は紙に書いておくことや、看護師にも事前に不安なことを告げておく、また家族など信頼できる人と一緒に医療者の説明を聞くなど、同病者同士で具体的な経験を話し、一緒に対応を考えていた。また医療ソーシャルワーカーやがん専門相談員は何をしているかわからないという参加者に対して、利用したことのある参加者や世話役は専門職について説明し、利用の方法を教えていた。

医療者への不満の話題であるが大分類の【4.治療】にも観察された。参加者自身の病気の不安な心情とともに、診療時間が短いことや治療方法が理解できないことなどが背景にあると考えられる。これに対して、参加者は、この話題を話している人の話を聞いているが、医療者への不満の話題に対して、「そうね」と同調する人はいなかった。話し終えた参加者に、具体的なアドバイスとして、「看護師に話してみたらどうか」「信頼できる人と一緒に再度医師の説明を聞くようしたらどうか」などを話していた。

これらのことから、サロンに参加することによって、自分自身の状態を同病者に話すことで客観視でき、医療専門職への説明や質問がしやすくなると推測される。現在の高度化細分化された医療では患者の状態は患者自身で把握・管理することが求められており、患者力が必要である。サロンでは同病者同士で患者力を高められるのではないかと考えられた。

大分類【7.病院選びや転院】

大分類【7.病院選びや転院】には、話題数（小分類）4件の話題が観察から確認された。重複した話題は

2件あり、トピックス数は2件となった。中分類は2種に類型化された。話題の内容（要約）番号は28と29である。

セカンドオピニオン利用による主治医との関係については、観察年度と話題の件数はあまり多くないが、医師には直接尋ねにくいという参加者がいた。セカンドオピニオン制度は周知されているが、医師との信頼関係が悪くなる恐れを危惧する患者が多い。医師への気兼ねなどから他医療機関への紹介状を依頼しにくいという話題が観察された。また、参加者同士の話題には「治療の選択肢についてしっかりと担当医と話し合うことは患者としてとても重要なことなので、気兼ねはしなくて良い」と自身の経験を話していた。特に、居住地域における病院選びや転院など患者が経験した情報の交換を行っていた。セカンドオピニオンの情報は患者にとっては関心が高く、必要な情報であるが、入手が難しい（日経BPコンサルティング 2018）。インターネットなどの普及から比較的情報収集は容易になったが、情報量が多いために正しい情報の入手や、安全な情報の選択が難しくなっている。加えて、地域を限定した情報は入手しにくいことが示唆された。

大分類【8.家族や周囲の人との関係】

大分類【8.家族や周囲の人との関係】には、話題数（小分類）18件の話題が観察から確認された。重複した話題は計2件あり、トピックス数は17件となった。中分類は5種に類型化された。話題の内容（要約）番号は80～81頁の30から46である。

この話題は全ての観察年でみられ話題数は大分類の2番目に多かった。病気に関する告知に関する話題は、従来、医師などの医療専門職と患者間で議論されることが多かった。調査では近隣や職場の人への病気の告知の話題が多かった。このことから在宅医療・療養が進み、告知の対象が広がることが明らかになった。また在宅治療や療養が進む中、がん患者は家庭内での子どもへの告知や対応、学校行事、職場などへの対応や近隣住民との関わりや地域の行事への参加にも悩んでいたことが明らかとなった。

がん患者自身は治療とともに、家族（特に子ども）や友人、職場関係者、近隣の人などに、自らの病気や症状、生活上配慮してほしいことを伝える必要が生じる。そのために一層家族や周りの人（職場を含む）との関係が重要になることが示唆された。

その一方で近隣住民や友人にがんを打ち明けられないという気持ちがあるなどの話題も多かった。また就労においては、育児休業や介護休業、有給休暇等の制度を使って休むことができる。しかし、近隣の行事や学校などの行事は体調に関わりなく実施されることからそれらの悩みが多く聞かれた。このことから家族や周囲の人との関係について今後さらなる研究が必要と考えられる。

大分類【9.社会生活】

大分類【9.社会生活】には、話題数（小分類）8件の話題が観察から確認された。重複した話題は計2件あり、トピックス数は7件となった。中分類は4種に類型化された。話題の内容（要約）番号は81頁47から53である。

長期にわたる治療を受けながら就職を希望している患者への就職支援の促進が社会問題となっている。国はがん患者等就労支援対策事業などにより対策をおこなっているが、十分とはいえない。その中でピア・サポートの同病者支援が期待されている。

がん患者は職場への病気の説明や就労時に職場での配慮事柄も自分で伝えなければならない。その説明によっては就労や職務を継続することに影響を与える可能性があることから、説明は慎重になると考えられる。がんになったことで退職させられるかもしれない不安や、治療を継続しながらの就労への不安など、先が見えない病状や不安な心情が観察からうかがえた。

次に職場が協力的だった参加者からは治療以前にも増して働かなければと思う気持ちやあせる気持ちなどが観察された。加えて、退職をした参加者は仕事を辞めたことによる社会的役割と家族内の役割の変化への切り替えが難しいことも明らかとなった。特に、家庭内で主な収入を得ている参加者が退職する場合は収入が減少するとともに、生活の張りが失われやすいことも示された。就労と治療を両立していくためには職場での合理的配慮などが必要であり、それとともに同病者同士が生活の張りの喪失や役割の変化へどのように対応しているかという情報共有も大切であることが明らかになった。

大分類【10.日常生活】

大分類【10.日常生活】には、話題数（小分類）20件の話題が観察から確認された。重複した話題は13件あり、トピックス数は12件となった。中分類は7種に類型化された。話題の内容（要約）番号は81～82頁54から65である。

中分類の種類と話題数が最も多く、全ての参与観察年で観察されたことから参加者にとって関心の高い話題であることが明らかとなった。患者自身の日常生活の話題では外見（アピアランス）の変化の苦痛度が高いと言われ（伊藤 2021）、本調査でも同じような話題があった。その話題は患者用下着着用やウィッグ、手術の準備などがあった。家族が関係する話題では家事・食事、子育て、介護などがあった。具体的には子どもの学校行事に参加し難い思いや自らが家族の主介護者を担っている苦しい気持ちなどが観察された。

出産、子育て、介護等のライフイベントの時期に自らの治療・療養が重なっていることも多いことから、がん患者は家庭内の役割の喪失と変化の経験に悩んでいることが話題から明らかとなった。これは同病者である世

話役が主導したサロンだからこそ、患者の日常生活における悩みの吐露であると考えられた。また、がん治療や療養は長期にわたることが多く、日常生活上の話題は同病者同士の共有の悩みとなっているとうかがえた。

在宅医療の促進には、がんの治療・療養の環境整備が重要であり、日常生活の悩みや不安の軽減や解消に向けて社会的な支援を考えることとともに、同病者同士の支え合いの場の重要性が示唆された。

またサロンでは地域に密着した日常生活上の相談を身近で行うことができ、同病者と直接会話し、考えや行動を参考にしていることが観察された。がんになっても自分らしく日常生活を送っている共感できるロールモデルに出会い、話をするだけで元気が湧いてくるという心理的な影響もうかがえ、サロンの重要性が示唆された。したがって、がん患者の参加者の中から自発的に他者を支援できる世話役が生まれるサロンの運営と普及が重要であると考えられた。介護、育児などに関わる不安やストレスなどは自殺につながりやすいという研究結果がある（厚生労働省健康局がん・疾病対策課 2020）。

大分類【11.将来の生活】

大分類【11.将来の生活】には、話題数（小分類）5件の話題が観察から確認された。トピックス数は5件となった。中分類は2種に類型化された。話題の内容（要約）番号は82頁66から70である。

参加者は日常生活を営みながら見通しの立たない将来に不安になり、落ち込むことも多い。しかし慢性期で状態が落ちついてくるとがんとともに生きるライフプランを立て直すことが必要になってくる。また、がんの末期はその後の人生をどのように過ごすかを考える重要な時期になる。「がんは終末まで自分でセルフケアを行える。また一度死を考えるから自分の今までの人生をふり返り、今後の人生を考えられる」という話題が複数件確認された。これらの話題から、サロンに参加することで、同病者同士が直接対話することで自らの生き方を考える機会となっているのではないかと考えられた。

大分類【12.肯定的な心情】

大分類【12.肯定的な心情】には、話題数（小分類）11件の話題が観察から確認された。重複した話題は4件あり、トピックス数は9件となった。中分類は4種に類型化された。話題の内容（要約）番号は82頁71から79である。

否定的な心情の話題は個別的な背景があり、話題をまとめることができなかったが、肯定的な話題は自己省察や病気の受容などで話題が重複していることが明らかとなった。すなわち、個人の考え方や個人の環境によりさまざまな影響を受け色々な形で否定的な心情は表現されるが、肯定的な心情はがん患者に共通する項目があることがうかがえた。今後研究によって詳細に類型化することが課題となる。

サロンでは不安や体調不良時の話も、参加者は否定せずに共感してきいていた。この話題の終結時は参加者の誰かが肯定的な心情へ言い換えて、参加者の全員がうなずきながら話題が終結した。実際に参加者の多くが一度は死ぬと真剣に悩むという。日常において同病者だからこそ死生観などのスピリチュアルな話題がしやすいことがうかがえた。

がんに罹患し、がんと共に生活することを受け入れることから、今までに気が付かなかった日常の生活のことやこれからの人生を考えられたという人も多いことが話題から明らかとなった。その一方、肯定的な心情もまた否定的な心情と同じく、家族や友人、職場の人には話せないと感じている人も多く、同病者だからこそ話すことができるということも参加者の話題から確認できた。

大分類【13.同病者との交流】

大分類【13.同病者との交流】には、話題数（小分類）2件の話題が観察から確認された。トピックス数は2件となった。中分類は1種に類型化された。話題の内容（要約）番号は82頁80と81である。

観察から多くの参加者は、大分類【4. 8. 9. 11. 12. 14.】の話題とともに、同病者との交流について話をすることが観察から明らかになった。そのために、この話題は他の分類に分散したために、少なくなった。この件は次節で、詳細を述べる。

医療技術の進展などにより、がんの生存率は高くなっていることや治療が外来（通院）で行われることも多く、地域で療養生活をするがん患者が増加している。就労を継続しながら外来治療を行う場合、患者の日常生活は忙しくなり、入院治療に比べ、同病者同士が出会う場や機会が減少し、同時に医療専門職と対話する機会も少なくなっていることが話題からわかった。このことから、がん患者は身近な環境で自らのがんについて話すことや相談する機会が少なくなっていることが明らかとなった。加えてがん患者は同じ地域での同年代や同がん種の患者、同じ治療をしている同病者との出会いや交流を求めている。このことから、同病者同士の交流とその場の提供として、地域に密着したサロンの必要性が示唆された。

大分類【14.地域における同病者同士の配慮】

大分類【14.地域における同病者同士の配慮】には、話題数（小分類）4件の話題が観察から確認された。重複した話題は2件あり、トピックス数は3件となった。中分類は1種に類型化された。話題の内容（要約）番号は82頁82から84である。

以前にサロンに参加されていたが、現在は参加していない同病者のことを話し、心配と配慮が見られた。2015年と2017年には継続的に観察され、サロン参加者同士の配慮が見られた。具体的な事例として、参加者

の家の前を通った時に異変があった場合は専門職につながりなどがあつた。このことから、サロンには同病者同士の見守りの効果がうかがえた。

サロンに参加することによって、参加者を含めた同病者とのつながりが広がる。そこから、地域でのつながりも広がっていくことが明らかとなり、地域での同病者同士の助け合いにつながると考えられた。

3-5-2. 14 大分類 42 中分類を横断して見受けられたがん患者の生活者としての生活上の課題

次に、がん患者の生活者としての体験や悩みや課題について、「1. 治療や気持ちを分かち合える場所（空間）と同病者とのつながり」「2. 子どもへの告知」「3. 外見の変化を補完する整容品の日常生活の工夫」「4. 家庭内や職場での役割の変化」の4項目に分けて考察する。

3-5-2-1. 治療や気持ちを分かち合える場所と同病者とのつながり

がん患者における同病者との交流の必要性は既にいわれている（厚生労働省 2008）が、本調査では、サロンに参加するがん患者は、自分に近い年齢の、がん種や同じ治療をし、同じ地域で生活している同病者とのつながりを求めていることがうかがえた。

サロンのすべての話題において、がん患者は同病者同士だからこそ話せる生活者としての悩みや日常生活の吐露が観察された。今後もサロンの同病者同士の特徴や効果に結びつく重要な項目として注目する必要がある。加えて、同病者支援はサロン活動の実績とともに、サロンの熟成やサロンならではの同病者同士のつながりや連帯も育まれていることがわかった。

サロンでは、身体や治療、不安な心情が話題の随所にみられた。誰にわかってほしいという主張はなかったものの、同居している家族、職場の人、子どもが通学している学校、近隣者など、自分と関係する周りの人に、自分の気持ちを理解してほしいという思いが通底していたと言える。特に、家族についての話題はとて多かつた。家族もまた第2の患者と言われており、不安な気持ちと将来の見通しに患者本人と異なる思いや人生があり、相互に影響を受ける。一人で悩みを抱え、家族や友人などにも話せず孤立していた時に、サロンを知って参加した人も確認された。

がん患者自らが、がんへの思いや治療、就労中断に関する意向を家族に伝えることは、必ずしも簡単なことではないことが明らかとなった。参与観察でも、再発時や2度目のがん罹患がわかった時、検査後自身が思った以上に症状が進行している時などは、気持ちが塞ぎ、閉じこもりの状態になることがあり、孤立しやすいという話題が観察された。その背景には、病気の理解、生活費や治療費等の経済的な負担が増すことや先端医療を受けるか否か、療養の場の選択なども含めたがんに対する思いが、患者と家族では異なることがあると考えられる。特に一人暮らしや家庭で主な生計を担っているがん患者の場合、治療中や後の治療費を含む生活の

状況がわからず、将来が見通せないことへの不安が大きいと考えられた。また、子育てや介護、家事など家庭内のことを一人で引き受けているがん患者は、自分の治療より、家庭内のことを優先しやすいことが観察から明らかになった。がん患者が病気に付随する自分の気持ちや治療、経済的なことについて家族に説明し、さらには家族と治療方針を一致させて同じ方向に向かうことは簡単ではないことが、類型化された話題を広く横断して確認された。

その一方、家族への感謝の気持ちや関係の見直しができてよかったなど、がん罹患したことによる変化を肯定的に捉えている参加者も多くいた。これらの感情表出は、参加するメンバーによって影響を受けるのか、病期によって影響を受けるのか今後さらなる調査を要することが示唆された。

加えて、今回調査したサロンに参加していたがん患者は、「サロン参加は患者だけがいい、家族や遺族はまた別」という声も多かった。抽出された「地域における同病者同士の配慮」に分類された話題には、独居の患者や毎回参加していた患者が突然なくなった場合に、世話役や他の参加者が気にかけていたエピソードが含まれている。家族とは別のなにか意識が、サロンに集うがん患者の間で育まれていることを意味している。

3-5-2-2. 子どもへの告知

かつて臨床の現場では、告知は医師と患者との間の問題として議論されていた。しかし、現在はがん患者が仕事を継続したまま、在宅で療養生活に入ることが増えている。そのため、がん患者自身が家族、特に子どもや友人、親戚、近隣の人、職場関係者などに、自らの病気や治療、生活上配慮してほしいことをわかるように説明しなければならない時代となっている。サロンでも、治療のどの時期に、どのように話したら正しく伝わるかが話題となっていた。

子育て期にあたるがん患者からは、子どもに対する告知の悩みの話題が複数件上がっていた。例えば、がん患者自身の体調不良時に、子どもに感情をぶつけてしまい、その時に思わず自分ががんであると口走ってしまったことへの後悔の心情を吐露した件がある。また、「体調不良で横になる時間が長くなってきたので、そろそろ子どもに話したほうがいいのか」と自問自答する場面も確認された。特に、病状進行や外見の変化を子どもにどのように伝えるかは、子どもの発達年齢や理解度、その子どもが育つ環境などを考慮することが重要となる。家族もまた、不安な気持ちと将来の見通しに患者本人と異なる思いや人生があり、第2の患者と言われるほど影響を受けることを考慮しなければならない。加えて、告知を受けた子どもをどのように支えていくかについても考える必要がある。

3-5-2-3. 外見の変化を補完する整容品などの日常生活の工夫

サロンでは、外見の変化の心情の吐露と共に日常生活の工夫が話題にあった。話題には、補完する整容品（ウィッグや帽子、下着）などの着脱方法の注意や商品の情報などがあつた。このことから外見の変化はがん患者の日常生活や気持ちの変化にとって大きなことである。近年ではインターネットの普及からさまざまな生活上の工夫や情報が収集でき、医療者が知らない知識を同病者同士が共有することも多い。特にウィッグの話題は多い話題であつた。具体的にはウィッグを選択するか帽子を被るかなど、医療機関やウィッグ専門店でも情報の収集はできるが、同病者同士が整容品の着用のメリットとデメリットを日常生活上の場面に合わせた話題として話されていたことが観察された。

具体的なウィッグの話題には、「つけ具合」「素材の違い」「実際のウィッグはどんなのか」「髪の毛がないのにズレないか」「値段」「この周辺ではどこで買えるか」などがあげられる。また、「子どもの前では外しているか」「毎日のタイミングで外すのか」「着用し風呂に入っても大丈夫か」などの日常生活に関わる話題があつた。

さらに、「本当に髪の毛が生えるのか」「生えた人はいますか」「ウィッグをやめるタイミング」などと会話は続いた。脱毛時のつらかった生活体験の話題では、参加者の会話が途切れる場面もあつたが、髪の毛が生えたと話した複数の同病者を直接見て、安堵する参加者もいた。このようにサロンならではの交流から得られた、患者だからこそ知っている実際の生活上の注意や配慮、外見の変化とそれに伴う心情の変化など、身近な地域で暮らす患者から聞く話には説得力があつた。

患者体験調査（2018）では、「外見の変化に関する悩みを誰かに相談できた人」は 28.3%であり、相談や話題にすることは難しいことがわかつた。がんの治療により毛髪脱毛、皮膚、爪の悩みがあるが、これらの悩みの背景には単に外見の変化のみならず、対人関係にも影響を与え「かわいそうと思われる」「がんが露呈してしまう」という、人間関係にも影響を与える（野澤ら 2017）事柄であるために、同病者同士での情報交流や情緒的な支え合いが重要であることが示唆された。

3-5-2-4. 家庭内や職場での役割の変化

家庭内や職場での役割変化についても多くの話題が確認された。就労に関する社会的な役割変化と、家庭内役割変化に大別された。サロン参加者は女性が多いことから、家庭内役割変化には家事と子育て、介護などの性別役割分業についての悩みが多く認められた。自身への負い目や情けない気持ちとして感情の吐露も多く、それとともに病気について家族にわかってもらえないことや、代行してもらえないことによる悲しい思いなども、サロンでは共感を持って受け止められていた。その一方で、家族全体で役割を見直す機会になつたと捉え、仕事、家事、治療のバランスを考える良い機会であつたという気持ちの吐露があつた。また、自分の体調や生活との折り合いをつけながら、自身と家族の生活のあり方を再検討するという話題も観察された。

このような家庭内役割変化の話題が出た際は、十分に話したのちに「つらい時は構わず横になる」「具体的に何をしてもらいたいかを家族にいう」など、世話役自身が経験した具体的な対応策を、同病者として伝える場面が確認できた。がん患者は、がんに罹患することによって何らかの役割の変化を経験し、役割の喪失、継続、再獲得などに悩んでいる。がん患者自身が周囲に悩みをわかってもらうために、どのような自助努力を行っているかについては、本調査では確認できていない。今後は、性別役割分業意識などの社会的な背景を考慮した上で、がんによる役割喪失、役割継続、新たな役割獲得につながる経緯も把握する必要がある。

3-5-3. 患者主導型がんサロンの参加者の特徴と世話役の役割

サロン参加者の特徴として、「1. 入院治療をしていないがん患者（第3章 3-4-2）」「2. 支援のない空白期にある在宅で生活するがん患者（第1章 1-1-4）」「3. 参加者には必ずしも話し手として参加しているとは限らない（第3章 3-5-1. 大分類【3. 否定的な心情】）」という3点が浮かび上がった。

本調査でフィールドとした患者主導型がんサロンには、「世話役」という立場のがん患者が常に参加していた。本調査で出会った世話役は全て女性で、5人程度で輪番制にしており、担当者の体調不良などによる急な交代要請にも臨機応変に対応していた。こうしたグループによる世話役の遂行は、サロンの開催にあたっては長期継続運営を可能にする条件と考えられた。

交流会での世話役の役割は、サロンを企画運営し、交流時間には参加者へのルールの説明や、話の聞き役、話題提供などファシリテーションをすることであった。ルールの1つとして、病気や治療についての説明は専門性が伴うので話題にはしないことがある。新しい参加者がこの会話を話し始めると、世話役は「サロンでは、がんの病気や治療に関することは一人ひとりの状態や治療方法が異なるのでわからないので答えられない。サロンではあくまでも個人の感想で自分が治療した体験や気持ちは話せる。その内容もあくまでも個人の感想であって皆が同じではないのです。」と丁寧に説明していた。また、医療者や病院の中傷などは今回の調査では観察されなかったが、そのような会話時には世話役が止めるようにしているようであった（石口ら 2014）。さらに、専門的知識を要する事柄はがん専門相談員などに相談することを薦め、窓口を紹介し、必要時には一緒に窓口まで同行していた

参加者も世話役の会話や行動を通し、病気に関することをむやみに発言することが巻き起こす事態の重さを理解していき、各自が責任の持てない発言をしないように学んでいるとうかがえた。これはサロンはがん患者同士の自発的なグループとして始まり、サロン活動の初動時には交流会参加時の明確なルールはみられなかった（中村 2012）ことから、徐々にルールが作られ、現在は参加者と共有されるまでに至っていると考えられる。また、サロン参加者が否定的な話題をしっかりと聞き、その後自然に肯定的な話題に変化していく流れも

定着している。これはサロン開設から歳月を経たことで、サロン参加者のがん患者グループとしての成熟が明らかとなったといえよう。

世話役らは自ら研修を受けるなどして自発的に学び、自己の能力を高められるよう研鑽し努力していた。また、他サロンの世話役の交流を通して、サロンの運営方法などを常に模索していた。このことはサロンの長期継続と発展の条件にもなり、同病者のつながりや地域でのがん患者の交流など、同病者同士の相互関係に発展するか否かにも大きく寄与していると考えられた。

3-5-4. 患者主導型がんサロンの同病者支援の特徴

先行研究（若尾ら 2020，国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報サービス 2019，三苫 2021，角田ら 2021，根本ら 2022）の医療職などの医療専門職が行っている相談業務と比較して、がんサロンでの同病者支援の特徴は、次の 7 点がある。① 同病者同士の対等な関係性がある。② 病気のことや個人情報詳しく話さなくても、私一人だけの境遇ではないと知り“がんとともに生きる”という共感が育まれる。③ 複数の同病者の集まりなので、相談や話がまとまってなくても、他者の話を傾聴し自分の考えを自分でまとめられる。④ 患者が経験してきた知識やアドバイスをもらえる。また、相談する場合でも相談者（世話役）を選ぶことができる。⑤ 話題は日常の生活に関することが多く、地域での具体的な情報を得ることができる。⑥ 会員登録や申請の手続きがなく費用がかからない。⑦ 参加は本人の自由意志に任されている。

以上のことから、医療専門職が行っている相談業務では病気の相談が主であるため、がんサロンで話されている日常での生活者としての話題は、あまり話されることはない。サロンでの相談内容と医療職との相談業務の内容の差異が、新たな 3 大分類として現れ、患者主導型がんサロンの同病者支援の特徴や効果が明らかとなった。加えてがん患者の中でもリーダーシップが取れるがん患者が世話役になり、地域で同病者同士が、経験による知と知の蓄積を伝承していく場が患者主導型がんサロンと考えられる。第 4 章と第 5 章の調査で、他の患者主導型がんサロンでも同じことが言えるか検証する必要性が示唆された。

3-6. 第 3 章のまとめ

参与観察調査により患者主導型がんサロンに参加するがん患者の会話を基に、話題を抽出し類型化することにより、地域で生活しているがん患者の悩みや日常生活の課題を明らかにした。次の七点をまとめとする。

第一に、がん患者の話題の類型化の結果は、がん患者の会話を基にした話題の総数は 105 件、種別数 84 種となった。類型化により、がん患者の話題は、種別数 84 種の話題から 42 中分類の類型を得た。その後、42

中分類を先行研究に依拠する医療専門職の相談にあった定義の 11 大分類にあてはめた。あてはまらなかった異なる傾向を示す 17 件・6 中分類の話題から、「肯定的な心情」「同病者との交流」「地域における同病者同士の配慮」の新たな 3 大分類を創生した。新たな 3 大分類は医療専門職の相談業務にはなく、また異なる傾向を示したため、患者主導型がんサロンの同病者支援の特徴や効果が示された。最終的には、新たに 3 大分類を創生し、追加と再構成することで 14 大分類と 42 中分類の類型化を得た。

本研究の成果として、医療専門職が行っている相談業務には、11 分類であったものが、患者主導型がんサロンの会話録では 14 大分類と 42 中分類の類型となったことが、患者主導型がんサロンの調査の大きな成果である。

第二に、がん患者の話題の全体に、同病者同士だからこそ話せる生活者としての悩みや日常生活の吐露が観察された。話題数で最も多い分類は、日常生活についてであった。大分類【10.日常生活】20 件と大分類【8.社会生活】8 件の 28 件がそれにあたる。これらの話題は、全ての参与観察で確認されており、医療専門職の相談にはあまりなかったことから、患者主導型がんサロンの話題の特徴であることや、参加者のニーズの表れと考えられた。また治療費の負担や生活費など、状況によって異なる大分類【5.経済面】の話題は 4 件と話題が少なかったことから、同病者同士では話しにくい話題であることが明らかとなった。

さらに 14 大分類 42 中分類の話題を類型化したことによって、各分類を横断している話題があることが明らかになった。横断していた話題から、がん患者の生活者としての体験や悩みや課題は「1. 治療や気持ちを分かち合える場所と同病者とのつながりが欲しい」「2. 子どもへの告知方法」「3. 外見の変化を補完する整容品の工夫」「4. 家庭内や職場での役割の変化」があることが明らかとなった。

第三に、参与観察から、患者主導型がんサロンは共感できるロールモデルとの出会いの場になっており、参加者同士が直接対話をすることで自らの生き方を考える機会となっているとうかがえた。また参加することによって、同病者との関わりが増え、新たな役割の獲得をすると考えられた。

第四に、創生した新たな 3 大分類「肯定的な心情」「同病者との交流」「地域における同病者同士の配慮」は、医療専門職のインフォームド・コンセントに基づいた医療や社会資源の情報では補うことができない、がんという経験を通し、病気とともに歩むための生活上の創意工夫など、同病者間の経験による知（安藤 2021, 向谷地 2017）の共有と蓄積の活用という同病者支援ならではの支援機能があることが示唆された。加えて、同病者である世話役のがん患者が主導したサロンだからこそ、追加 3 分類の患者の生活問題の会話の吐露があると考えられる。したがって、がん患者の参加者の中から自発的に同病者を支援することができるがん患者の世話役が誕生することが、患者主導型がんサロンの運営と普及に重要であると考えられた。

第五に、参与観察により患者主導型がんサロンの話題の類型化から明らかになったことは、がん患者は患者主導型がんサロンに参加して、会話をすることで支援し合う体験を重ね、同病者を支える経験が獲得できる。

また、がんという共通体験を通じた関係だからこそ、同病者の気持ちに寄り添い、支援される・支援する経験が効果的に作用し合う関係になるとうかがえた。これは、患者主導型がんサロンの独自性であるとうかがえた。その点において、専門職から支援を受ける患者という一方向の関係でないことがわかった。

つまり、患者主導型がんサロンにおいて、がん患者が自主的に参加すること自体が、既に、同病者同士が自然発生的に支援し合うというグループワークの効果があることが明らかとなった。

第六に、患者主導型がんサロンの世話役はファシリテーションが行え、またルールなどの決まり事や同病者同士の経験による知を伝承するなどを同病者の中でも行えるがん患者が世話役になっていることがわかった。加えて、世話役は、患者主導型がんサロンの独自性の理解や、自分が参加している患者主導型がんサロンの特性について理解していると同時に、サロンの意義や使命を考え、やる気のある人がリーダーシップをとり(大塚ら 1989)、同病者の世話役となっているとうかがえた。このことから医療専門職の介入が少ない患者主導型がんサロンの中で、自分の存在意義と役割を新たに獲得する人が、世話役ともなりうるのではないかと考えた。

第七に、患者主導型がんサロンは同病者同士のなかま(仲間)と一緒にいる時間と空間を共有する三間が重要である。それにより、患者主導型がんサロンは同病者同士が、経験による知と知の蓄積を伝承していく場になると考えられた。最後に本章の成果として、同病者である世話役のがん患者が主導したがんサロンだからこそ、先行研究に依拠する医療専門職の相談では 11 大分類であった類型は、新たに 3 大分類を創生し、追加と再構成し、患者主導型がんサロンの話題では 14 大分類となった。このことが、患者主導型がんサロンの話題の類型化の調査の大きな成果である。

表3-10 がん患者の105件の話題(要約)と14大分類42中分類の類型化一覧(研究結果揭示用) 1

	話題の内容(要約)	トピック	観察年と年代別の話題件数(小分類)					中分類	大分類	
			2011	2012	2014	2015	2017			
1	最近、体調がすぐれない	身体をつらさ	1	1			1	① 症状や状態	1	身体
2	痩せてくると座ってられない	身体の変調					1			
3	今日は診療で、体調が悪い	体調不良					1			
4	脱毛で、うつむいている	脱毛などの抗がん剤の副作用				1	1	② 副作用や後遺症		
5	再発した 家族になんて言っているかわからない また迷惑をかける	再発への不安		1				③ 進行・再発・転移	2	がんの進行・再発
6	再発は怖い もう抗がん剤治療はしたくないなどと治療の苦しさを話す(再発期, 検査中)	抗がん剤治療の苦しさ と不安	1					④ 再発期や慢性期の再検査と病状進行の不安	3	否定的な心情 [旧: 気持ち(不安や落ち込み)]
7	体調が悪くなり検査すると、すぐに再発や転移して るのではないかと考えてしまう 思いだしたら、寝れないぐらい不安になる(再発期, 検査中)	体調が悪くなると再発 や転移ではないかとの不安		1						
8	今日は再検査結果を聞く日で怖い 検査項目が多くなっていた 最近体調がすぐれないし、きっと再発だと思う	再発期の再検査結果 への不安	1							
9	定期診察で、先生が急に検査すると言った、再 発したかもという不安 せっかく仕事始められるようになったのに、治療 費のこともある【取り乱している様子】(再発期, 検査中)	定期診察後の再検査 の不安				1				
10	治療効果があるのか不安 がんになって一生こうならどうして良いのか、漠 然とした不安がいっぱいで、毎日を過ごしてい る	治療効果があるかな ど漠然とした不安				1		⑤ がんによる漠然とした不安や落ち込み		
11	検査結果を聞きに来たら、がんと言われた どのような病気が治療なのかかわからないので知 りたい【動揺しており、人の話が入らない様子】	告知後の動揺と混乱	1					⑥ 告知後の不安や混乱(告知後3週間以内)		
12	自分が考えていたがんの状態より重度だった もう少し軽いと思っていた	考えていたより病気が 重かった気持ち		1						
13	どうして私だけ、こんな病気になったのか	私だけこんな病気にな ったのか		1				⑦ 不機嫌や不安(告知後3週間以上 適合障害・うつ)		
14	一人で悩んでしんどい 家族にがんのこと十分に伝えられていない 友達にも言えないので、一人でも引きこもってし まいそうで怖い	一人で悩みを抱える		1				⑧ 否認と孤立		
15	不安がいっぱいなのに、診察時間が短い	診察時間が短い		1				⑨ 治療や病気の説明	4	治療
16	治療がほかにあるのではないかと	治療法の情報がほしい		1						
17	治療しないといけないと思っているが、身体が きつくて治療を中断したいという弱音を聞いて ほしい	治療のつらさの弱音		2				⑩ 治療への思い		
18	治療できて本当に良かった	治療できる喜び				1				
19	どんな治療をしたのか、同病者の治療体験を聞 かせて下さい	同病者の治療体験を 聞きたい	1	1				⑪ 治療方法		

表3-10 がん患者の105件の話題（要約）と14大分類42中分類の類型化一覧（研究結果揭示用） 2

	話題の内容(要約)	トピック	観察年と年代別の話題件数(小分類)					中分類	大分類	
			2011	2012	2014	2015	2017			
20	治療費のことで家族に迷惑をかける	家族への治療費負担	1					⑫ 治療費問題	5	経済面
21	経済的なことを考えると仕事はやめれない いつまで（治療が）続くかわからない	仕事と生活・治療費など経済問題				1	1			
22	治療費も結構かかる	治療費の負担				1				
23	医師の前では緊張して、説明が理解できない	医師の前では緊張	1					⑬ 医師とのコミュニケーション	6	医療者との関係
24	医師へ検査する理由をどのように聞いてよいかかわからない	医師への質問の仕方					1			
25	医師の転勤による動揺と、後任医師と継続的な治療についての不安	医師の転勤による動揺	1					⑭ 担当医師の変更		
26	医療者（医師と看護師など）に対する不満を話す	医療者への不満		1				⑮ 医療者への不満		
27	がん相談員やMSWはどんな人かわからないので緊張する 予約してまで相談したいと思わない	がん相談員やMSW等の情報不足				1		⑯ 相談員への認知不足		
28	セカンドオピニオンを利用した時の担当医師との関係の悪化の恐れの心配	セカンドオピニオン利用による主治医との関係	1	1	1			⑰ セカンドオピニオン	7	病院選びや転院
29	転院希望で、病院の情報を教えてほしい	転院の希望	1					⑱ 病院選びや転院		
30	家族にも正しい病気や治療の内容が説明できない	家族への病気や治療の説明	1					⑲ 子ども以外の家族との関係	8	家族や周囲の人との関係
31	自分より家族の方が病気や治療に対する不安が大き 家族をフォローしなければならなくて負担が大きい 自分自身が精一杯	家族をフォローするしんどさ	1							
32	家族が、がんの症状への理解がない	家族の理解不足		1						
33	家族は他県で診療（治療）を勧めるが、私は仕事や経済的理由から地元を離れたくない 他県で入院するのはいやで、何かあったときも地元の病院がいい	家族との治療方針の違い		1						
34	がんになってから、腫れ物に触るみたいに気を遣われるのがさみしい	家族の対応への不満			1					
35	家族に病気のことを話すときと悲しむのがわかってい るのでつらくて話せない	病気のことを家族に話せない悩み			1					
36	体調がすぐれない時は、子どもに当たってしま い、どうしたらいいのかわからない（がん治療中）	体調不良時の子どもへの対応					1	⑳ 子どもとの関係		
37	体調がすぐれなくて、よく横になっている 子どもに対して自分の病気のことをどのように話 すか悩んでいる（がん治療中）	子どもに自分の病気の説明				1		㉑ 子どもへの告知		
38	子どもに毎日ダラダラしているといわれて、感情的に病 気のことを告知してしまった（がん治療中）	子どもへ感情的な告知の反省と対応			2					

表 3-10 がん患者の 105 件の話題（要約）と 14 大分類 42 中分類の類型化一覧（研究結果揭示用） 3

	話題の内容(要約)	トピック	観察年と年代別の話題件数(小分類)					中分類	大分類	
			2011	2012	2014	2015	2017			
39	体調がすぐれない時に家事は手抜きできる しかし近所つきあいは手抜きできない	病気になってからの近所つきあい			1			㉔ 近所との関係	8	家族や周囲の人との関係
40	近所の人に病気のことを言っていないが、病気に気がついてる雰囲気がある	近所の人々が病気のことを気がついていて複雑な気持ち			1					
41	近所の人で相談できる人はいない 近所同士の清掃活動など結構大変	近所に相談相手がない				1				
42	町内会の役員に当たってしまった 近所の人に病気のことを話していないが、みんな知っているのに、直接聞いて欲しい腫れ物に触るみたいに気を遣われるのがいや	闘病中の町内会の役員当番				1				
43	近所の人に、がんにかかったことを話すと、かわいそうに思われ、すぐ死ぬみたいと思われている	近所の人々の偏見				1				
44	近所の人にがんと言えないが、やせて、顔色が悪くなると、近所の人々の目が気になる	外見の変化による近所の人々の視線が気になる				1				
45	がんということを話すと、友達にはわかってもらえない なんか同情されるのもいやな気持ち	友達に病気のことを話せない		1			㉓ 友人・親戚などの関係			
46	親戚にがんのことを話すかどうか悩んでいる	親戚にがんのことを話すかどうかの悩み			1					
47	職場に話しているのかサロンで相談した結果、職場で話したら、上司や職場の人でも無理をしないように工夫してくれたので、本当に話して良かった	職場への説明と職場の理解についての相談		1			㉔ 職場への説明と職場の配慮	9	社会生活	
48	職場にどの時期にどのように話しているかわからない 仕事は続けたい	職場への報告の時期		1						
49	職場でがんのことを話すと、仕事をやめさせられる（業務がなくなる）のではないかと心配	がんになり退職させられるかもと思う不安		1						
50	仕事を復帰するにあたり、仕事が続けられるのか 再発時の可能性を考えると、治療の苦しさから仕事の継続ができるか悩んでいる	復帰後の仕事継続				1	㉕ 職場復帰			
51	仕事が復帰できるうれしさはある 休職分の働きを取り戻して、頑張って働きたいが、不安が大きい	休職分の働きを取り戻さないとあせる気持ち				1				
52	治療のため仕事を辞めて、生活の張りややりがいを失った気がする ダブルインカムのため、子育て中で経済的な負担が増	仕事を辞めた事による社会的役割と家族内の役割の変化			1		㉖ 休職と退職			
53	治療と仕事の両立の方法を尋ねる	治療と仕事の両立の相談			1	1	㉗ 治療と就労のバランス			

表 3-10 がん患者の 105 件の話題（要約）と 14 大分類 42 中分類の類型化一覧（研究結果揭示用） 4

	話題の内容(要約)	トピック	観察年と年代別の話題件数(小分類)					中分類	大分類	
			2011	2012	2014	2015	2017			
54	手術することになったのだけど、何か参考になることがあったら教えて下さい	手術する前の準備			1			㉘ 手術や入院の準備および退院の準備	10	日常生活
55	手術後の食事の方法と栄養の取り方に悩んでいる	食事と栄養	1				㉙ 家事・食事			
56	抗がん剤治療が始まると体調がすぐれず動けず、家事ができず情けない気持ちになる 家事はやって当たり前と家族に思われていることが心身的に苦痛 家事の負担	抗がん剤が始まると家の事ができない情けない気持ち			2	1	2			
57	髪がなくなり、ウィッグをしている ウィッグを外すタイミングがわからない	外見の変化				1	1	㉚ 外見変化の対応		
58	手術後、温泉に入りたいが、人目が気になる	楽しみの継続方法				1		㉛ 余暇活動・趣味・楽しみ		
59	体調がすぐれない時は、私の代わりに子どもに家事を任せたい	体調がすぐれない時に子どもに家事を手伝ってもらいたい			1		1	㉜ 子育て		
60	子育てと家事をきちんと両立したいが心身ともに不良でできない 特に学校行事は行きたくない	身体がづらい時の学校行事					2			
61	自分の治療と介護が重なって、家族の介護が優先になっている	自分の治療より介護が優先		1	1			㉝ 介護		
62	自分の身体が弱くて十分な介護ができないことが申し訳ない	身体不調で介護ができないことへ気持ち			1					
63	介護と治療が思うようにできない	介護と治療の両立			1					
64	がんで仕事をやめた 家族で家事などをしていて人があるので、家の中での新たな役割を考えないと、家にいつらい悩み	家での役割変化			1			㉞ 家族内の役割変化		
65	女性は仕事以外にも母親、妻、嫁、姑などのたくさんの役割があるが、病気の時は無理をしないほうがよい 病気になったタイミングは、家族内の役割を見直す良い転機になる	病気になったことで家族内の役割を見直す機会			1					
66	治療後に結婚や出産できるのかという不安がある	治療後の結婚や出産	1					㉟ 治療後の生活を考える	11	将来の生活
67	がんになって、健康の大切さや喜びを感じている	生きる喜び				1		㊱ 生き方について考える		
68	がんになって初めて人生を考えるようになった 今考えられて良かったと思う	人生を考える				1				
69	病気の前は健康が当たり前と思っていた がんになって生き方を考えられるようになった	生き方を考える					1			
70	がんになって、サロンに参加して、将来のことを話題にできるようになった	サロンに参加して話せる将来のこと			1					

表 3-10 がん患者の 105 件の話題（要約）と 14 大分類 42 中分類の類型化一覧（研究結果揭示用） 5

	話題の内容(要約)	トピック	観察年と年代別の話題件数(小分類)					中分類	大分類		
			2011	2012	2014	2015	2017				
71	一人でいると落ち込むときもあるけど、サロンに参加すると同病者に会い、たわいない話をする ことで、気持ちがかかるくなり楽しい 年齢や背景を超えて、出会える場所	サロンに参加することで同病者に会える喜び				1		⑳ がん患者 同士の情 緒的なつな がり	12	肯定的な 心情	
72	サロンに参加すると、同じ立場の人に出会い、 病気のことを隠さず、本音で話せる 家ではあまり、病気のことは話せない	サロンでは病気のこ とについて素直に話せ る					1				
73	話しながらか話を聞いてくれるだけで嬉しい 私は家で家族の話は聞き役で、誰も私の話を聞 いてくれない サロンの同病者はみんな話を聞いてくれる	サロンで話を聞いても らえるうれしさ					1				
74	家族(嫁・姑)が気遣って言葉をかけてくれたり、 手伝ってくれたことなど、家族に直接言えない感 謝の気持ちを話す	面と向かっては言えな い家族などへの感謝 の気持ち				1					
75	病気になるまで気がつかなかった日常のさりげ ないことや、いろいろな些細なこと、当たり前 のことに気づき、感動する	病気になるまで、気が つかなかったあたり前 に感動					1				
76	がんになって、家族の関係をみなおし、感謝の 話がでる	病気になったことで家 族の関係の見直し				1	1				㉑ 自己省察 (がんにな ったから ～できる・ ～したい)
77	がんになって一度死ぬかもと覚悟したことで、こ れからの人生のことを色々真剣に考えた	一度死ぬと覚悟したこ とで人生のこれからを 考える					1				
78	がんになって、生活のことを考える	病気になった後に生 活のことを考える					1				
79	治療法がないと言われたが、長年ふつうに生活 している	治療法は今はないが、 ふつうに生活している		1				1	㉒ 病気の受 容		
80	他のサロンの様子、同病者(同じ部位で、同じ治 療方法)の患者の生活を知りたい	他サロンの様子と同 病者とのつながりは 大切					1	㉓ 同病者との 交流を深 める	13	同病者との 交流	
81	同じ年頃の同病者と友達になれた 一緒にサロンに来た	同年代の同病者との つながり					1				
82	サロンに参加していた、同じ時期に手術した同 病者の様子を気にかける	術後のサロン参加者 の様子を気にかける	1				1	㉔ 地域にお ける同病 者同士の 配慮	14	地域にお ける同病 者同士の 配慮	
83	最近サロンに参加していない同病者の様子を 気にかける	最近来ないサロン参 加者の心配と配慮					1				
84	サロンに参加したことのある独居の同病者が、 病状悪化により地域で孤立していることを気 にかける(地縁・血縁なし)	現在はサロンに参加 していない孤立してい る同病者への配慮					1				

引用文献

安藤哲也 (2021) 就学前の学びをつなぐ生活科学習指導の探究 -子どもの経験知の見取りに着目して-。博
士論文, 兵庫教育大学大学院。

石口房子・横山幸生・佐藤愛子 他 (2014) がんサロンで学びあい, 語ろう。死の臨床 : 37 (1), pp.77-83.

- 伊藤稔 (2021) がんサバイバーにおける疾病との共生. 政策研ニュース : 62, pp.33-41.
<https://www.jpma.or.jp/opir/news/062/06.html> (2022年9月1日アクセス可能)
- 大塚達雄・硯川眞旬・黒木保博 (1989) グループワーク論 -ソーシャルワーク実践のために-. 京都府 : ミネルヴァ書房, pp.96-97.
- 角田明美・渡邊恵・塚越徳子 他 (2022) 病院と大学との協働によるがん看護外来で行った10年間の相談の動向と今後の課題. 群馬保健学研究 : 42, pp.21-31.
- 厚生労働省 (2008) がん診療連携拠点病院の整備に関する指針 (健発第0301001号 平成20年3月1日).
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2006/02/tp0201-2.html> (2022年9月1日アクセス可能)
- 厚生労働省健康局がん・疾病対策課 (2020) がん患者の自殺の実態調査と専門的ケアにつなぐ体制について (第4回がんとの共生のあり方に関する検討会資料 令和2年1月29日).
<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000589274.pdf> (2022年9月1日アクセス可能)
- 国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報サービス (2019) がん相談支援センター「相談のための基本形式」を用いた「相談記記入シート」. https://ganjoho.jp/med_pro/consultation/support/pdf/seijin_sodankiroku_V2-1.pdf (2022年10月1日アクセス可能)
- 高木智世・細田由利・森田笑 (2016) 会話分析の基礎. 東京都 : ひつじ書房.
- 中村明美 (2012) 当事者組織 (がんサロン) によるがん患者の社会参加促進に関する研究. 山陰研究プロジェクトによる報告書 島根大学, pp.41-45.
- 中村明美 (2019a) 島根県におけるがんサロンの実態研究. 武庫川女子大学大学院教育学研究論集 : 14, pp.48-55.
- 中村明美 (2019b) 地域がんサロンにおけるがん患者同士の見守りに関する研究. 単身高齢者の見守りと医療をつなぐ地域包括ケア. 東京都 : 中央法規出版, pp.252-266.
- 中村明美・安西将也 (2018) 癌患者の生活課題を可視化する試み -島根県癌サロンの参与分析から-. 日本公衆衛生学会 : 65 (10) 特別付録集, p.304.
- 中村明美・安西将也 (2019a) がんサロンにおける話題の類型化. 日本公衆衛生学会 : 66 (10) 特別付録集, p.335.
- 中村明美・栗田修司 (2019b) 地域におけるがん患者の見守りシステムに関する研究 -がんサロン参加者と宗教者との関わり. 日本仏教社会福祉学会第54回学術大会・発表要旨集, pp.36-37.
- 西阪仰・高木智世・川島理恵 (2008) 女性医療の会話分析. 東京都 : 文化書房博文社.
- 日経BPコンサルティング (2018) がんに対する意識調査, p.10.
https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/pdf/chosa2018.pdf (2022年9月1日アクセス可能)

日本対がん協会 (2016) 平成 27 年度 厚生労働省委託事業「がんと診断された時からの相談支援事業」に関する報告書.

http://www.jcancer.jp/can-navi/wp-content/themes/canNavi_v1.2/h27/H27report.pdf

(2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

根本貴子 (2022) がん相談支援センターの周知と利用に関する研究の動向. 上智社会福祉専門学校紀要 : 17, pp.56-70.

野澤桂子・藤間勝子・清水千佳子 他 (2017) がん患者に対するアピアランスケアの均てん化と指導者教育プログラムの構築に向けた研究. 厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学研究費がん対策推進総合事業) https://mhlw-grants.niph.go.jp/system/files/2018/182021/201808026A_upload/201808026A0005.pdf
(2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

三苫美和 (2021) がん相談支援センターにおける相談内容の経年推移に関する研究. 博士論文, 兵庫県立大学.

向谷地生良 (2017) グループの力 当事者研究とグループの力. こころの科学 : 192, pp.78-81.

若尾文彦・東尚弘・渡邊ともね・市瀬雄一・松本明 他 (2020) 患者体験調査報告書 平成 30 年度調査. 国立がん研究センターがん対策情報センター.

https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/health_s/H30_all.pdf (2022 年 10 月 1 日アクセス可能)

注 釈

[注 1] 日本対がん協会 (2016) による「がん患者における悩みの内容」「選択肢に表示された各悩みの定義」の 11 項目 (表 3-1) を、本調査では“11 大分類”として、ステップ 4 で類型化した中分類を 11 大分類にあてはめた。この分類は 2015 年 9 月に「がんと診断された時からの相談支援検討委員会」が実施したがん患者 1,000 人へのインターネット調査の事前調査として、一般のがん経験者 10 名を対象に行ったインタビュー調査を基に作成したものである。

[注 2] 日本対がん協会 (2016) 平成 27 年度 厚生労働省委託事業「がんと診断された時からの相談支援事業」に関する報告書資料集. p.37, p.91.

http://www.jcancer.jp/can-navi/wp-content/themes/canNavi_v1.2/h27/H27report_shiryoy.pdf

(2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

第4章 類型化に基づく患者主導型がんサロンの効果に関する仮説検証

本章では、第3章の「患者主導型がんサロンにおけるがん患者の話題の類型化」を基に、がんサロンの効果の仮説を生成し、アンケート調査を実施し、患者主導型がんサロンの効果について仮説検証を行う。がん患者の参加者の中には自発的に他の参加者を支援する世話役と、一般の参加者の非世話役がいる。また非世話役の中から世話役（同病支援者）が誕生するという患者主導型がんサロンの効果に着目し、検定と二項ロジスティック回帰分析により、両者を比較分析する。その結果、参加者が世話役（同病支援者）になる可能性が高まる要因と、非世話役（一般の参加者）に留まる可能性が予測される要因を特定する。さらに、回帰分析から同病支援者（世話役）になる可能性の高い人と、非世話役に留まる可能性の高い人とを予測するモデルの回帰式を得る。これらの仮説検証研究の過程から患者主導型がんサロンには効果があることを明らかにする。

項目としては、「4-1. 調査目的」「4-2. 調査方法」「4-3. 倫理的配慮」「4-4. 結果」「4-5. 考察」「4-6. 患者主導型がんサロンの効果」「4-7. 第4章のまとめ」である。

4-1. 調査目的

調査の目的は、患者主導型がんサロンの効果を明らかにする。その過程で、同病支援者（世話役）になる可能性に影響を与える要因を明らかにすることである。

4-2. 調査方法

4-2-1. 対象

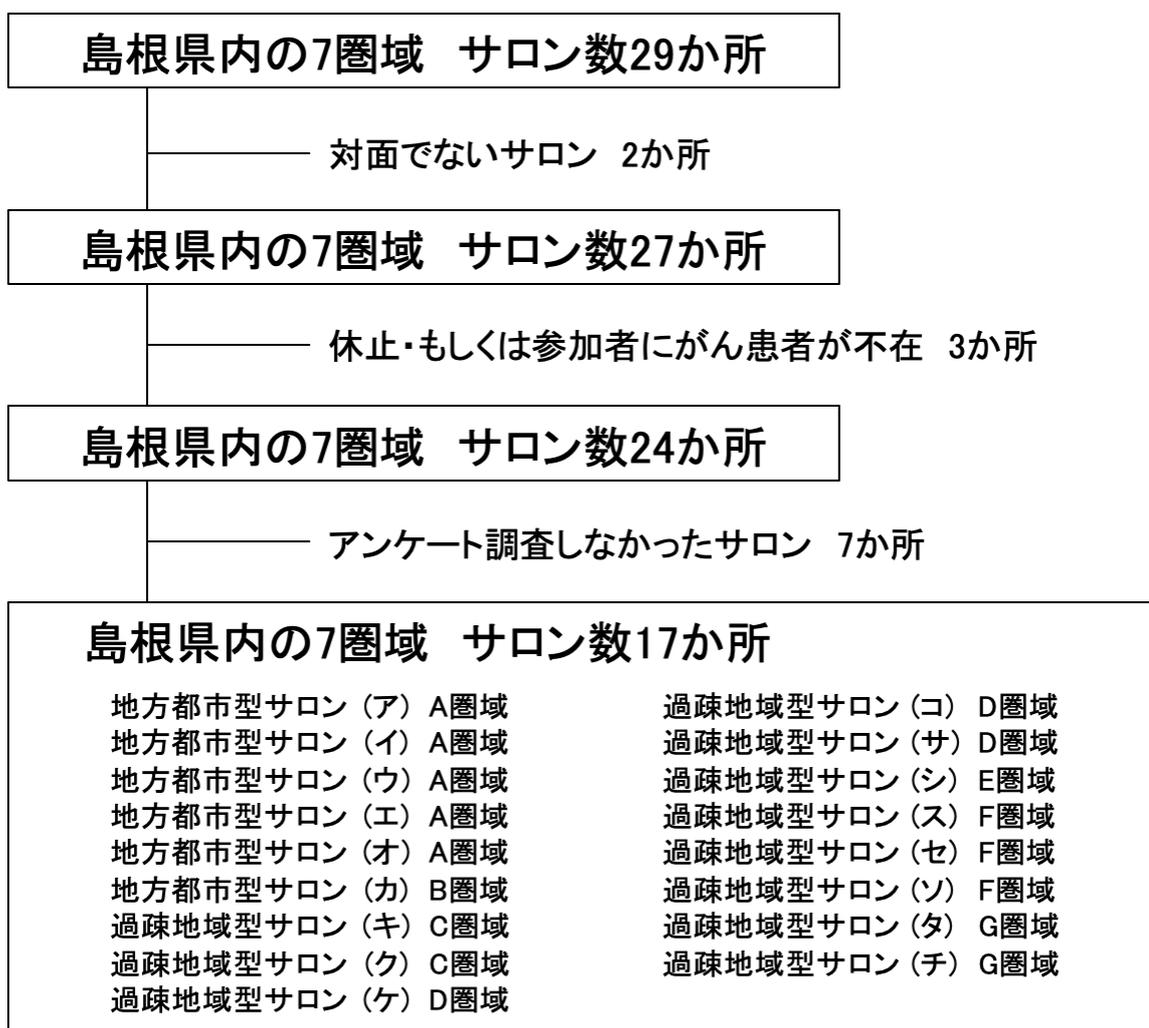
本調査では、島根県の全7医療圏域の患者主導型がんサロン（以下、がんサロンと略す）に参加している20歳以上のがん患者のうち、1年以上もしくは10回以上参加している人を調査対象とした。高度な個人情報であるため参加者の疾患部位や病期は特定しなかった。

4-2-2. 調査期間

調査期間は2018年9月から2019年6月末日である。

4-2-3. 調査対象のがんサロンの選定

調査対象であるがんサロンの選定過程を図解した（図 4-1）。島根県のがんサロンは、2017 年の時点で県全 7 圏域に 29 か所あった。対面方式以外の 2 か所と休止もしくはがん患者が不在の 3 か所、調査期間中に筆者が調査地に行くことができなかった 7 か所は対象外とした。したがって、調査期間中にアンケート調査を実施したのは 17 か所であった。17 か所のがんサロンの概要を表に示す（表 4-1）。



サロン参加者の高度な個人情報流出を避けるため、7 圏域を「島根県保健医療計画」に基づき、地方都市型二次医療圏域と過疎地域型二次医療圏域に分けられた（第 2 章参照）

図 4-1 調査対象である患者主導型がんサロンの選定過程

表 4-1 調査を実施した 17 か所の患者主導型がんサロンの概要 (2018 年 8 月から 2019 年 6 月)

二次医療圏域 の地域タイプ	サロン名	基本情報				
		サロンの 形態	開催場所	対象疾患	プログラム内容	活動頻度
地方都市型	サロン(ア)	院内	がん診療連携拠点病院	全がん	語り合い、情報交換、イベント、検診普及啓発活動	週1回
地方都市型	サロン(イ)	院内	がん診療連携拠点病院	女性特有のがん	語り合い、情報交換、イベント、検診普及啓発活動	月1回
地方都市型	サロン(ウ)	院内	がん診療連携拠点病院	全がん	語り合い、情報交換、イベント、勉強会	月2回
地方都市型	サロン(エ)	院内	がん情報提供促進病院	全がん	語り合い、情報交換、イベント	週1回
地方都市型	サロン(オ)	地域	公的施設	全がん	語り合い、情報交換	月1回
地方都市型	サロン(カ)	院内	がん診療連携拠点病院	全がん	語り合い、情報交換、イベント、検診普及啓発活動	週1-2回
過疎地域型	サロン(キ)	院内	がん情報提供促進病院	全がん	語り合い、情報交換、医療者による相談、検診普及啓発活動	月2回
過疎地域型	サロン(ク)	地域	保健所および保健センター	全がん	語り合い、情報交換、イベント、検診普及啓発活動	月2回
過疎地域型	サロン(ケ)	地域	社会福祉法人内施設	全がん	語り合い、情報交換、イベント、検診普及啓発活動	月1回
過疎地域型	サロン(コ)	地域	自宅 現在活動休止	全がん	語り合い、情報交換	月1回
過疎地域型	サロン(サ)	院内・地域	がん情報提供促進病院・公的施設	全がん	語り合い、情報交換、イベント、検診普及啓発活動、バス日帰りイベント	月1回
過疎地域型	サロン(シ)	院内	がん診療連携拠点病院	全がん	語り合い、情報交換、イベント、レクリエーション/パサー(運営費)活動	週1回
過疎地域型	サロン(ス)	地域	サロン(タ)と同時開催	全がん	語り合い、情報交換、イベント、オープンカフェ、心の相談会(ピハール僧侶参加)、勉強会、レクリエーション活動など	週1回
過疎地域型	サロン(セ)	院内	がん診療連携推進病院	全がん	語り合い、情報交換、イベント、オープンカフェ、心の相談会(ピハール僧侶参加)、勉強会、レクリエーション活動など	週1回
過疎地域型	サロン(ソ)	地域	保健所および保健センター・社会福祉協議会内	全がん	語り合い、情報交換、イベント、勉強・研修会、レクリエーション(歌を歌う)	月1回
過疎地域型	サロン(タ)	地域	保健所および保健センター、公的施設	全がん	語り合い、情報交換、イベント	随時
過疎地域型	サロン(チ)	院内・地域	医療施設、公的施設	乳がん	語り合い、情報交換、イベント	随時

資料『しまねのがんサポートブック』(2017)、「県内がん患者団体等名簿 平成25年10月21日現在」(2013)、「島根県内がんサロン一覧 平成30年5月」(2018)、「県内がんサロン名簿 令和2年4月」(2020)と、2018-2019年の参与観察及びインタビュー調査から筆者作成

4-2-4. 患者主導型がんサロンの効果の仮説生成

話題の類型化に基づき、がんサロンの仮説を導き出した過程を、「1. 仮説生成のための全体像把握」「2. 体系から生成した仮説」「3. 仮説から生成した質問項目」と述べる。

4-2-4-1. 仮説生成のための全体像把握

患者主導型がんサロンの参加者には、世話役(同病支援者)と非世話役(一般の参加者)が存在し、また、参加しているがん患者から世話役が誕生する(中村2019, 中村ら2018, 2019)。第3章で行ったがん患者同

士の会話から抽出された話題の類型化から、参加しているがん患者は一定の条件を満たせば、世話役（同病支援者）になる可能性が示唆された。そこで、類型化された話題の 14 大分類を用いて仮説生成を行うこととした。

初めに、第 3 章の結果をさらに抽象化して全体像を把握するために、厚生労働省が参考にしている Sallis ら (2006) を参考に近似する領域をまとめ 10 の体系化を行った (表 4-2)。

がん患者としてネガティブになりやすい個人の視点として、体系 1.「病気の理解」項目に、話題の類型化の大分類【1.身体】【2.がんの進行・再発】【4.治療】をまとめて位置づけた。

個人内コントロール力を取り戻す行動で、アクティブな生活領域へ向かっている段階として、体系 2.「セカンドオピニオンや病院選び」に大分類【7.病院選びや転院】を、体系 3.「心情の変化」に、大分類【3.否定的な心情】【12.肯定的な心情】を、体系 4.「医療者とのコミュニケーションの方法」に大分類【6.医療者との関係】をまとめて位置づけた。

表 4-2 大分類 14 項目と体系 10 項目

大分類	体系	
【1.身体】	1	病気の理解
【2.がんの進行・再発】		
【4.治療】		
【7.病院選びや転院】	2	セカンドオピニオンや病院選び
【3.否定的な心情】	3	心情の変化
【12.肯定的な心情】		
【6.医療関係者との関係】	4	医療関係者とのコミュニケーションの方法
【8.家族や家族以外の人との関係】	5	家族と家族以外の人との関係
【5.経済面】	6	経済的な支援の情報
【9.社会生活】	7	日常生活の継続と社会参加
【10.日常生活】		
【11.将来の生活】	8	将来の生活設計
【13.同病者との交流】	9	同病者との交流
【14.地域における同病者同士の配慮】	10	地域における同病者同士の配慮

行動としてはアクティブな生活領域に入り、がん患者として、病気による心身の制限を伴うマイナス視点から日常生活者としてのノーマルの視点への回復に向けた準備期として、体系 5.「家族と周りの人との関係」に大

分類【8.家族や周囲の人との関係】を、体系 6.「経済的な支援の情報」に大分類【5.経済面】を、体系 7.「日常生活の継続と社会参加」に大分類【9.社会生活】【10.日常生活】をまとめて位置づけた。

がんと共生し、社会的なつながりや参加が促進され、がんであっても健康的な心身の状況にある段階として、体系 8.「将来の生活設計」に大分類【11.将来の生活】を、体系 9.「同病者との交流」に大分類【13.同病者との交流】を、体系 10.「地域における同病者同士の配慮」に大分類【14.地域における同病者同士の配慮】をまとめて位置づけた。

上記のうち、第3章の話題の類型化の成果である新たな3大分類の「大分類【12.肯定的な心情】」は体系 3.へ、「大分類【13.同病者との交流】」は体系 9.へ、「大分類【14.地域における同病者同士の配慮】」は体系 10.に位置づけられた。

4-2-4-2. 体系から生成した仮説

生成した10の仮説を以下にまとめる(表4-3)。

仮説1. 病気や治療などに関する知識が深まる

体系 1.「病気の理解」は、仮説1として、がん患者ががんサロンに参加することで、「病気や治療などに関する知識が深まる」効果があるとする仮説を立てた。第3章の考察からがん患者としてネガティブになりやすい個人の視点と考えられる。体系及び仮説1には、第3章のがん患者の話題の類型化の大分類【1.身体】【2.がんの進行・再発】【4.治療】が相当する。

仮説2. セカンドオピニオンや病院選びについて知識が深まる

体系 2.「セカンドオピニオンや病院選び」は、仮説2として、がん患者ががんサロンに参加することで、「セカンドオピニオンや病院選びについて知識が深まる」効果があるとする仮説を立てた。第3章の考察から個人内のコントロール力を取り戻す行動で、アクティブな生活領域へと向かっている段階と考えられる。

体系及び仮説2には、第3章のがん患者の話題の類型化の大分類【7.病院選びや転院】が相当する。

仮説3. 不安定な心情の表出と肯定的な心情を獲得する

体系 3.「心情の変化」は、仮説3として、がん患者ががんサロンに参加することで、「不安定な心情の表出と肯定的な心情を獲得する」効果があるとする仮説を立てた。個人内のコントロール力を取り戻す行動で、アクティブな生活領域へと向かっている段階と考えられる。

体系及び仮説 3 には、第 3 章のがん患者の話題の類型化の大分類【3.否定的な心情】【12.肯定的な心情】が相当する。

仮説 4. 医療関係者とのコミュニケーションが図りやすくなる

体系 4.「医療者とのコミュニケーションの方法」は、仮説 4 として、がん患者ががんサロンに参加することで、「医療関係者とのコミュニケーションが図りやすくなる」効果があるとする仮説を立てた。個人内のコントロール力を取り戻す行動で、アクティブな生活領域へと向かっている段階と考えられる。

体系及び仮説 4 には、第 3 章のがん患者の話題の類型化の大分類【6.医療者との関係】が相当する。

仮説 5. 家族と家族以外の人との関係が深まる

体系 5.「家族と周りの人との関係」は、家族以外の人を分けて仮説を立てた。仮説 5-1 として、がん患者ががんサロンに参加することで、「家族との関係が深まる」と、仮説 5-2 として「家族以外の人との関係が深まる」効果があるとする仮説を立てた。行動としてはアクティブな生活領域に入り、がん患者として、病気による心身の制限を伴うマイナス視点から日常生活者としてのノーマルの視点への回復に向けた準備期と考えられる。体系及び仮説 5 には、第 3 章のがん患者の話題の類型化の大分類【8.家族や周囲の人との関係】が相当する。

仮説 6. 経済的(治療費や生活費など)の負担がやわらぐ

体系 6.「経済的な支援の情報」は、本調査と先行研究の相違を図るため、仮説 6 として、がん患者ががんサロンに参加することで、「治療費や生活費などの負担がやわらぐ」効果があるとする仮説を立てた。行動としてはアクティブな生活領域に入り、がん患者として、病気による心身の制限を伴うマイナス視点から日常生活者としてのノーマルの視点への回復に向けた準備期と考えられる。

体系及び仮説 6 には、第 3 章のがん患者の話題の類型化の大分類【5.経済面】が相当する。

仮説 7. 自分らしく健康的な生活と社会参加を行う

体系 7.「日常生活の継続と社会参加」は仮説 7 として、がん患者ががんサロンに参加することで、「自分らしく健康的な生活と社会参加を行う」効果があるとする仮説を立てた。行動としてはアクティブな生活領域に入り、がん患者として、病気による心身の制限を伴うマイナス視点から日常生活者としてのノーマルの視点への回復に向けた準備期と考えられる。

体系及び仮説 7 には、第 3 章のがん患者の話題の類型化の大分類【9.社会生活】【10.日常生活】が相当する。

表 4-3 がん患者の話題の類型化の 14 大分類と 10 の仮説

大分類	体系	仮説	仮説内容
【1.身体】	1 病気の理解	仮説1	病気や治療などに関する知識が深まる
【2.がんの進行・再発】			
【4.治療】			
【7.病院選びや転院】	2 セカンドオピニオンや病院選び	仮説2	セカンドオピニオンや病院選びについて知識が深まる
【3.否定的な心情】	3 心情の変化	仮説3	不安定な心情の表出と肯定的な心情を獲得する
【12.肯定的な心情】			
【6.医療関係者との関係】	4 医療関係者とのコミュニケーションの方法	仮説4	医療関係者とのコミュニケーションが図りやすくなる
【8.家族や家族以外の人との関係】	5 家族と家族以外の人との関係	仮説5	家族との関係が深まる
			家族以外の人との関係が深まる
【5.経済面】	6 経済的な支援の情報	仮説6	経済的（治療費や生活費など）の負担がやわらぐ
【9.社会生活】	7 日常生活の継続と社会参加	仮説7	自分らしく健康的な生活と社会参加を促進する
【10.日常生活】			
【11.将来の生活】	8 将来の生活設計	仮説8	将来について（生活設計など）を考えられる
【13.同病者との交流】	9 同病者との交流	仮説9	同病者との交流が深まる
【14.地域における同病者同士の配慮】	10 地域における同病者同士の配慮	仮説10	地域における同病者同士の配慮を行う

仮説 8. 将来について(生活設計など)を考えられる

体系 8.「将来の生活設計」は、仮説 8 として、がん患者ががんサロンに参加することで、「将来について生活設計を考えられる」効果があるとする仮説を立てた。がんと共生し、社会的なつながりや参加が促進され、がんであっても健康的な心身の状況にある段階として考えられる。

体系及び仮説 8 には、第 3 章のがん患者の話題の類型化の大分類【11.将来の生活】が相当する。

仮説 9. 同病者との交流が深まる

体系 9.「同病者との交流」は、仮説 9 として、がん患者ががんサロンに参加することで、「同病者との交流が深まる」効果があるとする仮説を立てた。がんと共生し、社会的なつながりや参加が促進され、がんであっても健康的な心身の状況にある段階として考えられる。

体系及び仮説 9 には、第 3 章のがん患者の話題の類型化の大分類【13.同病者との交流】が相当する。

仮説 10. 地域における同病者同士の配慮を行う

体系 10.「地域における同病者同士の配慮」は、仮説 10 として、がん患者ががんサロンに参加することで、「地域における同病者同士の配慮を行う」効果があるとする仮説を立てた。すなわち、がん患者が地域への社

会参加を促進させる効果があると考えた。がんと共生し、社会的なつながりや参加が促進され、がんであっても健康的な心身の状況にある段階として考えられる。体系及び仮説10には、第3章のがん患者の話題の類型化の大分類【14.地域における同病者同士の配慮】が相当する。質問内容では、仮説にある「地域」「配慮」は対象者により異なり、二項目選択式で回答しにくいと考え「配慮を行う」という前段階の行為である「つながりが増えた」にする。同病者同士のつながりや配慮については第5章のインタビュー調査で明らかにする。

4-2-4-3. 仮説から生成した質問項目

10の仮説を検証するために設定した19の質問項目を示す(表4-4)。なお、アンケートの全体像は附録1と2を参照。

表4-4 患者主導型がんサロンにおける話題の類型化の大分類、体系、仮説、質問項目

大分類	体系	仮説	仮説内容	アンケート調査票の質問内容	
【1.身体】	1 病気の理解	仮説1	病気や治療などに関する知識が深まる	q3-1-1	サロンに参加することで、病気に対する身体の症状(痛み、副作用、後遺症など)に関して、理解が深まりましたか
【2.がんの進行・再発】				q3-2-1	サロンに参加することで、がんの進行や再発に関する理解が深まりましたか
【4.治療】				q3-3-1	サロンに参加することで、治療に関する理解が深まりましたか
【7.病院選びや転院】	2 セカンドオピニオンや病院選び	仮説2	セカンドオピニオンや病院選びについて知識が深まる	q3-4-1	サロンに参加することで、セカンドオピニオンや病院選びについて知識が深まりましたか
【3.否定的な心情】	3 心情の変化	仮説3	不安定な心情の表出と肯定的な心情を獲得する	q3-5-1	サロンに参加することで、不安や落ち込みなどの否定的(マイナス)な気持ちがやわらぎましたか
【12.肯定的な心情】				q3-6-1	サロンに参加することで、前向きな気持ちや考えなどの肯定的(プラス)な気持ちになりましたか
				q3-7-1	サロンに参加することで、自分自身の考えを整理し感情をコントロールしやすくなりましたか
				q3-8-1	サロンに参加することで、病気になったことを受けとめられるようになりましたか
【6.医療関係者との関係】	4 医療関係者とのコミュニケーションの方法	仮説4	医療関係者とのコミュニケーションが回りやすくなる	q3-9-1	サロンに参加することで、医療関係者とのコミュニケーションが回りやすくなりましたか
【8.家族や家族以外の人との関係】	5 家族と家族以外の人との関係	仮説5	家族との関係が深まる 家族以外の人との関係が深まる	q3-10-1	サロンに参加することで、自分の病気について家族に話すようになりましたか
				q3-11-1	サロンに参加することで、家族以外の人との交流が深まりましたか
【5.経済面】	6 経済的な支援の情報	仮説6	経済的(治療費や生活費など)の負担がやわらぐ	q3-12-1	サロンに参加することで、経済的(治療費や生活費等)な負担がやわらぎましたか
【9.社会生活】	7 日常生活の継続と社会参加	仮説7	自分らしく健康的な生活と社会参加を行う	q3-13-1	サロンに参加することで、仕事や学校などの社会生活に取り組めるようになりましたか
【10.日常生活】				q3-14-1	サロンに参加することで、日常生活(治療後の生活、家事、子育て、介護など)に関する情報を得ることができましたか
				q3-15-1	サロンに参加することで、治療と生活のバランスを考えられるようになりましたか
				q3-16-1	サロンに参加することで、休息(睡眠含む)や余暇活動を取り入れられるようになりましたか
【11.将来の生活】	8 将来の生活設計	仮説8	将来について(生活設計など)を考えられる	q3-17-1	サロンに参加することで、将来について考えられるようになりましたか
【13.同病者との交流】	9 同病者との交流	仮説9	同病者との交流が深まる	q3-18-1	サロンに参加することで、サロンの参加者への交流が深まりましたか
【14.地域における同病者同士の配慮】	10 地域における同病者同士の配慮	仮説10	地域における同病者同士の配慮を行う	q3-19-1	サロンに参加することで、サロン以外の同病者とのつながりが増えましたか

4-2-5. 調査手順

表 4-4 に作成した質問項目を用いて、世話役用「サロン世話役調査票」ならびに非世話役用「サロン参加者調査票」の 2 種類の調査票を作成した。どちらの調査票も、「問 1. はじめてサロンに参加した時の状況」「問 2. 現在のサロンの参加について」「問 3. サロンの活用の効果」「問 4. 今のあなたのことについて」「問 5. 初めての診断状況」「問 6. 現在の状況」「問 7. 最後に皆様のお声をお聞かせ下さい」の全 7 問で構成した。

対象サロンは 2017 年島根県ホームページ「がんサロン・がん患者団体」および『しまねのがんサポートブック』のがん情報誌に記載されているサロン連絡先などを参考に、世話役に事前連絡し、口頭でアンケート調査と参与観察の許可を得た。当日、がんサロンの参加者には、筆者自らがアンケート調査の説明書に基づき説明し、依頼書・承諾書を交わし自記式調査を実施した。

なお、調査に先立ち次の手順を踏んだ。サロン世話役やサロンに関係すると思われる県行政や病院の専門職などに、アンケート調査票、依頼書、承諾書を見せながら説明し、調査の内諾をとった。その際に、がんサロン関係者が必要としている「サロンを知ったきっかけ」をアンケート項目に加えた。

4-2-6. 調査項目

調査票の全 22 項目を示す（表 4-5）。なお、基本属性の年齢については 65 歳以上と 65 歳未満に分け、二項目選択式を分析に用いた。

4-2-7. データ収集方法

がんサロンの参加者であるがん患者には、筆者自らがアンケート調査の説明書に基づき説明し、依頼書・承諾書を交わしたのちに、自記式調査を実施し、その場で回収した。なお、副作用や後遺症などがあり自記が困難な場合は、調査対象者の同意を得て、筆者が記入し、その後内容の承認を得た。

4-2-8. 分析方法

対象者を世話役と非世話役に分け、質問項目ごとに 2×2 のカイ二乗検定を行い、相互の関連性を分析した。続いて、二項ロジスティック回帰分析の強制投入（全数投入法）を行った。指定した全ての独立変数を同時にモデルに投入する全数投入法を選択した理由は、各変数の重要性を表す順位などの仮説がないからである。その後、質問項目の「はい」の発生状況を比較し、世話役（同病支援者）になる可能性に影響を及ぼす要因かどうかを検討した。その際に、がんサロンの参与観察と世話役にインタビューを行った。

表 4-5 分析に用いた 22 の質問内容

質問数	質問番号	質問内容
1	属性	性別
2		年齢
3	q6-1	現在の治療の有無
4	q3-1-1	サロンに参加することで、病気に対する身体の症状(痛み、副作用、後遺症など)に関して、理解が深まりましたか
5	q3-2-1	サロンに参加することで、がんの進行や再発に関する理解が深まりましたか
6	q3-3-1	サロンに参加することで、治療に関する理解が深まりましたか
7	q3-4-1	サロンに参加することで、セカンドオピニオンや病院選びについて知識が深まりましたか
8	q3-5-1	サロンに参加することで、不安や落ち込みなどの否定的(マイナス)な気持ちがやわらぎましたか
9	q3-6-1	サロンに参加することで、前向きな気持ちや考えなどの肯定的(プラス)な気持ちになりましたか
10	q3-7-1	サロンに参加することで、自分自身の考えを整理し感情をコントロールしやすくなりましたか
11	q3-8-1	サロンに参加することで、病気になったことを受けとめられるようになりましたか
12	q3-9-1	サロンに参加することで、医療関係者とのコミュニケーションが図りやすくなりましたか
13	q3-10-1	サロンに参加することで、自分の病気について家族に話すようになりましたか
14	q3-11-1	サロンに参加することで、家族以外の人との交流が深まりましたか
15	q3-12-1	サロンに参加することで、経済的(治療費や生活費等)な負担がやわらぎましたか
16	q3-13-1	サロンに参加することで、仕事や学校などの社会生活に取り組めるようになりましたか
17	q3-14-1	サロンに参加することで、日常生活(治療後の生活、家事、子育て、介護など)に関する情報を得ることができましたか
18	q3-15-1	サロンに参加することで、治療と生活のバランスを考えられるようになりましたか
19	q3-16-1	サロンに参加することで、休息(睡眠含む)や余暇活動を取り入れられるようになりましたか
20	q3-17-1	サロンに参加することで、将来について考えられるようになりましたか
21	q3-18-1	サロンに参加することで、サロンの参加者への交流が深まりましたか
22	q3-19-1	サロンに参加することで、サロン以外の同病者とのつながりが増えましたか

4-3. 倫理的配慮

倫理的配慮は人を対象とした研究の一般的な倫理(日本社会福祉学会の規定)を遵守して行った。全ての対象者において参加者が個人情報保護の観点から対象者が特定されないよう、以下の4点に留意した。

- ① 個人情報保護の観点から個人名を新たに番号とした ID 化をして対象者が特定されないよう連携不可能匿名化をした。筆者(中村)の研究室の施錠可能な場所に保管する。分析の過程で作成した記録や調査対象のリストなどの研究資料も同様に扱った。

- ② 調査結果の公表（学会発表、学術誌発表等）時には調査対象者から語られた固有名詞は記号に置き換える。調査結果の分析時に他の研究者から助言・指導を受ける時にも記号に置き換えた後の記録を用いた。
- ③ 記録の保管期間については研究終了後の 5 年間、または研究結果の最終公表後 5 年間（3 年から変更）のいずれか遅い日までの期間、データの保管管理を行う。
- ④ 収集した情報やデータについては必要な保管期間が終了した個人情報、研究資料等についてはすみやかに廃棄する。紙媒体の資料については筆者がシュレッダーにかける。電子データについてはバックアップも含め適切に消去する。

研究計画書は、武庫川女子大学「人を対象とする研究に関する倫理委員会」へ提出し、承認を受けた（申請番号 17-43 号）。

4-4. 結果

4-4-1. アンケート回収率

調査対象者は 58 人のうち、年齢不明の 2 人（うち非世話役 2 人）を除いた 56 人を分析対象者とした。内訳は世話役 19 人（33.9%）、非世話役 37 人（66.1%）であった。アンケート回収率は 100%であり、有効回答率は 97.6%であった。

4-4-2. 基本属性

調査対象者の性別と年齢区分別を示す（表 4-6）。回答者 56 人のうち、女性は 41 人（73.2%）、男性は 15 人（26.8%）と女性が多かった。年齢区分別にみると、女性は 65 歳未満が 21 人（51.2%）、65 歳以上が 20 人（48.8%）、男性は 65 歳未満が 2 人（13.3%）、65 歳以上が 13 人（86.7%）であった。

表 4-6 基本属性 (性別・年齢区分)

		合計		年齢区分			
				65歳未満		65歳以上	
		人数 n=56	%	人数 n=23	%	人数 n=33	%
性別	女性	41	100	21	51.2	20	48.8
	男性	15	100	2	13.3	13	86.7
合計		56	100	23	41.1	33	58.9

年齢区分と治療の有無別を示す (表 4-7)。調査時に治療していない人は 34 人 (60.7%)、治療している人は 22 人 (39.3%) であった。次に性別及び年齢区分別にみると、治療していない 65 歳未満の女性は 15 人 (55.6%)、65 歳以上の女性は 12 人 (44.4%) であった。治療している 65 歳未満の女性が 6 人 (42.9%)、65 歳以上の女性は 8 人 (57.1%) であった。一方、治療していない 65 歳未満の男性が 1 人 (14.3%)、65 歳以上の男性は 6 人 (85.7%) であった。治療している 65 歳未満の男性が 1 人 (12.5%)、65 歳以上の男性は 7 人 (87.5%) であった。

この結果からは、がんサロンの参加者には、現在治療していない人としている人が、混在していることが示された。なお、本調査ではがんサロンの効果を測定するために 1 年以上もしくは 10 回以上の参加者を対象としたことから、治療を開始した参加者や病名告知を受けた直後の参加者は調査の対象となっていない。そのため、治療していない参加者は、寛解期・再発期 (定期検査を行っている時期)、治療終了後 (サバイバー) の段階にあり、医療機関や相談機関に積極的に関わることがない支援の空白の段階 (第 1 章 1-2-3, 1-2-4) と考えられる。

表 4-7 年齢区分と性別・治療の有無の割合

		合計		年齢区分			
				65歳未満		65歳以上	
		人数 n=56	%	人数 n=23	%	人数 n=33	%
現在治療 していない	女性	27	100	15	55.6	12	44.4
	男性	7	100	1	14.3	6	85.7
現在治療 している (あり)	女性	14	100	6	42.9	8	57.1
	男性	8	100	1	12.5	7	87.5

4-4-3. カイ二乗検定による世話役と非世話役の相互の関連性の分析結果

22の説明変数と世話役と非世話役の「はい」「いいえ」の割合のカイ二乗検定による結果を示す（表4-8）。説明変数ごとに2×2のカイ二乗検定を行ったところ、「サロンに参加することで、サロン以外の同病者とのつながりが増えましたか（q3-19-1）」のみ有意差があった（ $p < 0.05$ ）。

4-4-4. 二項ロジスティック回帰分析による参加者が世話役になる要因分析の結果

4-4-4-1. モデルの的中率

表4-8のカイ二乗検定の集計結果の表では、22の変数のうち8の変数が、世話役と非世話役のいずれか、もしくは両方で「いいえ」の回答が2人以下であり、回答に偏りのある変数とみとめられた。この結果から、各変数間の交絡が考えられたため、回答に偏りのある8の変数を除く14の変数を用いて、二項ロジスティック回帰分析を行った。

がんサロンの参加者の世話役と非世話役別に、参加者が世話役（同病支援者）になる可能性に影響を与える14の説明変数を強制投入した二項ロジスティック回帰分析の結果を示す（表4-9）。目的変数は世話役=1、非世話役=0とした。

この二項ロジスティック回帰分析で得られたモデルは78.6%の的中率であり、有意であった（ $p < 0.05$ ）。予想値の的中率は、非世話役37人のうちの中したのは32人（86.5%）、世話役19人のうちの中したのは12人（63.2%）であった（表4-10）。したがって、調査対象とした56人のうち、非世話役32人と世話役12人が的中した。がんサロンに参加している同病支援者（世話役）と、一般の参加者（非世話役）になる可能性の有無を判別するモデル（中村モデル）の回帰式は以下のとおりである。

モデル（中村モデル）の回帰式

$$\text{sewa_yaku} = \frac{\exp\{-3.743 - 0.181 \times \text{sex} + 1.695 \times \text{age65} + 1.546 \times \text{q6_1} + 2.645 \times \text{q3_1_1} - 1.941 \times \text{q3_2_1} + 2.144 \times \text{q3_4_1} - 3.358 \times \text{q3_9_1} - 3.538 \times \text{q3_10_1} - 1.685 \times \text{q3_12_1} - 1.941 \times \text{q3_2_1} + 2.144 \times \text{q3_4_1} - 3.358 \times \text{q3_9_1} - 3.538 \times \text{q3_10_1} - 1.685 \times \text{q3_12_1} - 0.449 \times \text{q3_13_1} - 0.029 \times \text{q3_15_1} + 3.061 \times \text{q3_16_1} + 1.492 \times \text{q3_17_1} + 3.381 \times \text{q3_19_1}\}}{1 + \exp\{-3.743 - 0.181 \times \text{sex} + 1.695 \times \text{age65} + 1.546 \times \text{q6_1} + 2.645 \times \text{q3_1_1} - 1.941 \times \text{q3_2_1} + 2.144 \times \text{q3_4_1} - 3.358 \times \text{q3_9_1} - 3.538 \times \text{q3_10_1} - 1.685 \times \text{q3_12_1} - 0.449 \times \text{q3_13_1} - 0.029 \times \text{q3_15_1} + 3.061 \times \text{q3_16_1} + 1.492 \times \text{q3_17_1} + 3.381 \times \text{q3_19_1}\}}$$

4-4-4-2. 目的変数（世話役になるか否か）に影響を及ぼす説明変数

各説明変数のオッズ比に着目し、世話役になるか否かへの影響を検討した。オッズ比が 1 以上であれば、世話役になる確率が高くなり、1 未満であれば、非世話役に留まる確率が高くなることを意味する。モデルでは、5 つの説明変数に有意性が認められた ($p < 0.05$)。該当する説明変数は、「セカンドオピニオンや病院選び等の知識が深まりましたか (q3-4-1)」「医療関係者とのコミュニケーションが図りやすくなりましたか (q3-9-1)」「自分の病気について家族に話すようになりましたか (q3-10-1)」「休息 (睡眠含む) や余暇活動を取り入れられるようになりましたか (q3-16-1)」「サロン以外の同病者とのつながりが増えましたか (q3-19-1)」であった。

世話役 (同病支援者) になる可能性が高まる要因は、オッズ比が 1 以上かつ $p < 0.05$ の説明変数である。この変数は、同病支援者 (世話役) になる可能性が高まる要因である。該当する説明変数は、「サロン以外の同病者とのつながりが増えましたか (q3-19-1)」（偏回帰係数 (B) 3.381、オッズ比:29.408)、「休息 (睡眠含む) や余暇活動を取り入れられるようになりましたか (q3-16-1)」（偏回帰係数 (B) 3.061、オッズ比:21.346)、「セカンドオピニオンや病院選び等の知識が深まりましたか (q3-4-1)」（偏回帰係数 (B) 2.144、オッズ比:8.534) であった。

非世話役 (一般の参加者) に留まる可能性を予測する要因は、オッズ比が 1 未満かつ $p < 0.05$ の説明変数である。この変数は、一般の参加者 (非世話役) に留まる可能性が高い要因である。該当する説明変数は、「自分の病気について家族に話すようになりましたか (q3-10-1)」（偏回帰係数 (B) -3.538、オッズ比:0.029)、「医療関係者とのコミュニケーションが図りやすくなりましたか (q3-9-1)」（偏回帰係数 (B) -3.358、オッズ比:0.035) であった。

4-4-4-3. 同病支援者(世話役) になる可能性に影響のある 5 要因の結果

同病支援者 (世話役) になる可能性が高まる 3 要因と、一般の参加者 (非世話役) に留まる可能性が高い 2 要因の計 5 要因が示唆された。

同病支援者 (世話役) になる可能性が高まる要因を影響度合いが高い順に次に並べる。この 3 項目の共通点は個人の行動は自己の内面から、友人、組織、地域社会に広がり行動を起こしていることである。これはがんと共生し、社会的なつながりや参加が促進され、がんであっても健康的な心身の状況にある行動をとっていると考えられる。

1. 地域における同病者同士の配慮を行う
2. 休息 (睡眠含む) や余暇活動を取り入れられる
3. セカンドオピニオンや病院選び等の知識が深まる

一般の参加者（非世話役）に留まる可能性が高い2要因を影響度合いが高い順に次に並べる。

1. 自分の病気について家族に話すようになる
2. 医療者とのコミュニケーションが図りやすくなる

一般の参加者（非世話役）に留まる可能性が高い2要因では、医療者はがんサロンのリーダーを選ぶときに、医療者とコミュニケーションが図りやすくなったがん患者を指名しやすい。医療者とのコミュニケーションが図れることは重要なことであるが、同病支援者になるという要因にはならなかった。

しかし、逆説的に世話役（同病支援者）になる可能性が高まる要因として考えると、「4. 医療者とのコミュニケーションが図りやすくなる」は、医療関係者とのコミュニケーションの取り方が変わらないと考えられる。また、「5. 自分の病気について家族に話すようになる」は、がん罹患しても特に家族との関係が変わらない、もしくは家族と話さない（病気のことや元から話さないなど）ということも考えられた。両者から共通していることは、家族や医療者との関係が変化しなかった人は、世話役になりやすいと考えられることである。そう考える背景には、2つの理由が考えられる。初めに、非世話役から世話役（同病支援者）になるには、患者の心身的な段階が大きく影響を与えていると考えるからである。具体的には、がん罹患しても自信喪失感や精神的な苦痛、心理的葛藤が低い段階にある人が世話役（同病支援者）になりやすいと考えた。この時期にあたる人は、急性期の病期と比較すると、家族や医療者との関係に影響を受けることが少ないと考えた。次に、がんを受容し自立している人、もしくは初めから自己の内面を家族などとオープンに話し合える人は関係が変わらないと考えられる。今後、詳細な検討を必要とする。

同病支援者（世話役）になる可能性に影響のある5要因の結果を次にまとめる。

1. 地域における同病者同士の配慮を行う
2. 休息（睡眠含む）や余暇活動を取り入れられる
3. セカンドオピニオンや病院選び等の知識が深まる
4. 医療関係者とのコミュニケーションの取り方が変わらない
5. 自分の病気について家族と関係が変わらない（話さない）

以上のことから、患者主導型がんサロンには同病支援者（世話役）になる可能性に影響のある5要因が解明され、効果があることが明らかとなった。

表 4-8 各説明変数と目的変数 2×2 のカイ二乗検定の結果

質問数	質問番号	質問内容	選択項目	人数 n=56		参加者の世話役と非世話役の有無 (n=56)				χ ² 検定のP値
						世話役 n = 19		非世話役 n = 37		
				n	%	n	%	n	%	
1	属性	性別	女性	41	100	13	31.7	28	68.3	0.562
			男性	15	100	6	40.0	9	60.0	
2		年齢	65歳未満	23	100	6	26.1	17	73.9	0.301
			65歳以上	33	100	13	39.4	20	60.6	
3	q6-1	現在の治療の有無	なし	34	100	10	29.4	24	70.6	0.375
			有り	22	100	9	40.9	13	59.1	
4	q3-1-1	サロンに参加することで、病気に対する身体の症状(痛み、副作用、後遺症など)に関して、理解が深まりましたか	いいえ	9	100	3	33.3	6	66.7	0.967
			はい	47	100	16	34.0	31	66.0	
5	q3-2-1	サロンに参加することで、がんの進行や再発に関する理解が深まりましたか	いいえ	9	100	4	44.4	5	55.6	0.467
			はい	47	100	15	31.9	32	68.1	
6	q3-3-1	サロンに参加することで、治療に関する理解が深まりましたか	いいえ	7	100	2	28.6	5	71.4	0.749
			はい	49	100	17	34.7	32	65.3	
7	q3-4-1	サロンに参加することで、セカンドオピニオンや病院選びについて知識が深まりましたか	いいえ	18	100	4	22.2	14	77.8	0.203
			はい	38	100	15	39.5	23	60.5	
8	q3-5-1	サロンに参加することで、不安や落ち込みなどの否定的(マイナス)な気持ちがやわらぎましたか	いいえ	5	100	1	20.0	4	80.0	0.491
			はい	51	100	18	35.3	33	64.7	
9	q3-6-1	サロンに参加することで、前向きな気持ちや考えなどの肯定的(プラス)な気持ちになりましたか	いいえ	2	100	1	50.0	1	50.0	0.625
			はい	54	100	18	33.3	36	66.7	
10	q3-7-1	サロンに参加することで、自分自身の考えを整理し感情をコントロールしやすくなりましたか	いいえ	5	100	1	20.0	4	80.0	0.491
			はい	51	100	18	35.3	33	64.7	
11	q3-8-1	サロンに参加することで、病気になったことを受けとめられるようになりましたか	いいえ	5	100	1	20.0	4	80.0	0.491
			はい	51	100	18	35.3	33	64.7	
12	q3-9-1	サロンに参加することで、医療関係者とのコミュニケーションが回りやすくなりましたか	いいえ	12	100	5	41.7	7	58.3	0.523
			はい	44	100	14	31.8	30	68.2	
13	q3-10-1	サロンに参加することで、自分の病気について家族に話すようになりましたか	いいえ	14	100	5	35.7	9	64.3	0.871
			はい	42	100	14	33.3	28	66.7	
14	q3-11-1	サロンに参加することで、家族以外の人との交流が深まりましたか	いいえ	6	100	2	33.3	4	66.7	0.974
			はい	50	100	17	34.0	33	66.0	
15	q3-12-1	サロンに参加することで、経済的(治療費や生活費等)な負担がやわらぎましたか	いいえ	31	100	12	38.7	19	61.3	0.400
			はい	25	100	7	28.0	18	72.0	
16	q3-13-1	サロンに参加することで、仕事や学校などの社会生活に取り組めるようになりましたか	いいえ	26	100	9	34.6	17	65.4	0.920
			はい	30	100	10	33.3	20	66.7	
17	q3-14-1	サロンに参加することで、日常生活(治療後の生活、家事、子育て、介護など)に関する情報を得ることができましたか	いいえ	11	100	2	18.2	9	81.8	0.219
			はい	45	100	17	37.8	28	62.2	
18	q3-15-1	サロンに参加することで、治療と生活のバランスを考えられるようになりましたか	いいえ	15	100	4	26.7	11	73.3	0.488
			はい	41	100	15	36.6	26	63.4	
19	q3-16-1	サロンに参加することで、休息(睡眠含む)や余暇活動を取り入れられるようになりましたか	いいえ	18	100	6	33.3	12	66.7	0.948
			はい	38	100	13	34.2	25	65.8	
20	q3-17-1	サロンに参加することで、将来について考えられるようになりましたか	いいえ	17	100	5	29.4	12	70.6	0.637
			はい	39	100	14	35.9	25	64.1	
21	q3-18-1	サロンに参加することで、サロンの参加者への交流が深まりましたか	いいえ	3	100	0	0.0	3	100.0	0.202
			はい	53	100	19	35.8	34	64.2	
22	q3-19-1	サロンに参加することで、サロン以外の同病者とのつながりが増えましたか	いいえ	20	100	3	15.0	17	85.0	0.026
			はい	36	100	16	44.4	20	55.6	

表 4-9 二項ロジスティック回帰分析の結果

通し番号	質問数	質問番号	質問内容	選択項目 (付番)	人数 n=56	参加者の世話役と非世話役の有無 (n=56)				優回帰係数 (B)	P値 有意確率	オッズ比 Exp(B)	Exp(B)の95%の 信頼区間	
						世話役 n = 19	非世話役 n = 37	n	%				下限	上限
1	1		性別	女性(0) 男性(1)	41	13	28	68.3%	-0.181	0.840	0.835	0.145	4.820	
2	2	属性	年齢	65歳未満(0)	6	6	17	73.9%	1.695	0.080	5.446	0.814	36.424	
				65歳以上(1)	33	13	20	60.6%						
3	3	q6-1	現在の治療の有無	なし(0) あり(1)	34	10	24	70.6%	1.546	0.110	4.683	0.704	31.304	
4	4	q3-1-1	サロンに参加することで、病気に 対する身体の症状(痛み、 副作用、後遺症など)に関して、 理解が深まりましたか	いいえ(0) はい(1)	9	3	6	66.7%	2.645	0.211	14.086	0.224	886.169	
5	5	q3-2-1	サロンに参加することで、がんの 進行や再発に関する理解が深 まりましたか	いいえ(0) はい(1)	47	4	5	55.8%	-1.941	0.184	0.144	0.008	2.517	
6	7	q3-4-1	サロンに参加することで、セカ ンドオピニオンや病院選 びについて知識が深まりました か	いいえ(0) はい(1)	18	4	14	77.8%	2.144	0.041	8.534	1.095	66.504	
7	12	q3-9-1	サロンに参加することで、医 療関係者とのコミュニケーション が円りやすくなりましたか	いいえ(0) はい(1)	12	5	7	58.3%	-3.358	0.036	0.035	0.002	0.803	
8	13	q3-10-1	サロンに参加することで、自 分の病気に ついて家族に話すようにな りましたか	いいえ(0) はい(1)	14	5	9	64.3%	-3.538	0.040	0.029	0.001	0.846	
9	15	q3-12-1	サロンに参加することで、経 済的(治療費や生活費等)な 負担がやわらぎましたか	いいえ(0) はい(1)	31	12	19	61.3%	-1.685	0.110	0.186	0.024	1.464	
10	16	q3-13-1	サロンに参加することで、仕 事や学校などの 社会生活に取り 組めるよう になりましたか	いいえ(0) はい(1)	26	9	17	65.4%	-0.449	0.694	0.639	0.068	5.970	
11	18	q3-15-1	サロンに参加することで、治 療と生活の バランスを考 えられ るよう になりましたか	いいえ(0) はい(1)	15	4	11	73.3%	-0.029	0.982	0.972	0.075	12.529	
12	19	q3-16-1	サロンに参加することで、休 息(睡眠 含む)や余 暇活 動を取り 入れられ るよう になり ましたか	いいえ(0) はい(1)	18	6	12	66.7%	3.061	0.034	21.346	1.260	361.504	
13	20	q3-17-1	サロンに参加することで、 将来について 考えられ るよう になり ましたか	いいえ(0) はい(1)	17	5	12	70.6%	1.492	0.177	4.444	0.510	38.727	
14	21	q3-19-1	サロンに参加することで、 サロン以外 の同病者 とのつ ながりが 増え ましたか	いいえ(0) はい(1)	20	3	17	85.0%	3.381	0.022	29.408	1.633	529.478	
			定数		36	16	20	55.6%	-3.743	0.016	0.024			

注 選択項目の()内は、付番

表 4-10 モデルより得られた予想値の的中率

観測		予測				
観測		計	非世話役	世話役	的中率	有意確率
	非世話役	37	32	5	86.5	
	世話役	19	7	12	63.2	
	全体のパーセント				78.6	

4-5. 考察

本章では、島根県の患者主導型がんサロンの参加者であるがん患者を対象に実施したアンケート調査結果から、世話役（同病支援者）になる可能性に影響する要因について解明し、がんサロンの効果を明らかにすることを目的とした。以下に、分析結果を基に各々の仮説について考察し、さらに、がんサロンの効果を考察する。

4-5-1. 同病支援者（世話役）になる可能性を高める要因

4-5-1-1. 仮説 10. 地域における同病者同士の配慮を行う

仮説 10. サロンに参加することで「地域における同病者同士の配慮を行う」効果があるとする仮説は、「サロンに参加することで、サロン以外の同病者とのつながりが増えましたか（q3-19-1）」が支持された。二項ロジスティック回帰分析の結果、世話役（同病支援者）になる可能性が高まる要因であった。

これはカイ二乗検定においても唯一有意差があった要因である。検定では、世話役は効果があったとする「はい」の回答者が圧倒的に多く、非世話役では、「はい」が「いいえ」より少し多かった。このことから、世話役になったことで「サロン以外の同病者とのつながりが増えた」とも考えられる。

医療は、がん患者、家族、医療専門職の人間関係を基盤として成り立っていると言われていたが、外来治療の増加、治療しながらの就労の継続、体験者の社会復帰の増加などにより、がん患者の療養の場は、地域社会へと拡大しつつある。それに伴い、がんに罹患することによって形成されるつながりは、従来の病院を中心とした医療関係者から、同病者、地域社会の人へと広がっている。このような背景もあり、がん地域における同病者同士の配慮を行うことができる人が、「社会参加の場」としてのがんサロンにおいて世話役、いわゆる同病支援者になる可能性が高まると考えられる。

4-5-1-2. 仮説 7. 自分らしく健康的な生活と社会参加を行う

- 休息（睡眠含む）や余暇活動を取り入れられるようになる -

仮説 7. サロンに参加することで「自分らしく健康的な生活と社会参加を行う」効果があるとする仮説は、「サロンに参加することで、休息（睡眠含む）や余暇活動を取り入れられるようになりましたか（q3-16-1）」が支持された。この支持された仮説は、二項ロジスティック回帰分析の結果、世話役(同病支援者)になる可能性が高まる要因であった。

それでは、休息や余暇活動を取り入れることが、どのようにして世話役になる可能性を高めるのであろうか。この質問項目に述べられている「休息（睡眠）」は、人間の基本的欲求（小高 2010, 野中 2014）であり、唯一「活動を休止している」状態を指す。この活動休止の状態を取り入れることは、次の活動に向けて心身を整える準備をしているとも捉えられる。また、余暇活動と生きがい感には関連があり、余暇活動を行なっている人には健康な人が多いことが報告されている（荒井ら 2006, 井谷 2020, 原田ら 2011）。このことから、がんサロンの参加者も、休息を取り入れることで健康的な生活の獲得が促されるだけでなく、新たな自分らしい社会参加として、世話役、いわゆる同病支援者(同病支援者)になる可能性が高まると考えられる。

支持されるとまではいえない仮説は、「サロンに参加することで、仕事や学校などの社会生活に取り組めるようになりましたか（q3-13-1）」で、この質問に「いいえ」と回答した 26 人の内、50 歳代は 5 人、60 歳以上は 21 人であった。7 人はステージが高い（ステージ 2-4）病期であった。発症時に就労していたか、病状から退職したか、退職後の発症だったのかについては、本調査では明らかにはできなかった。

次に、支持されているとまではいえない仮説は、「サロンに参加することで、治療と生活のバランスを考えられるようになりましたか（q3-15-1）」である。この質問に「いいえ」と回答した 15 人もステージが高い（ステージ 2-4）病期や最初の治療から 2 年程度しか経過していない、もしくは治療中の人であった。このことから、治療が優先されることがわかった。

4-5-1-3. 仮説 2. セカンドオピニオンや病院選びについて知識が深まる

仮説 2. サロンに参加することで「セカンドオピニオンや病院選びについて知識が深まる」効果があるとする仮説は、支持された。

支持された仮説は、「サロンに参加することで、セカンドオピニオンや病院選びについて知識が深まりましたか（q3-4-1）」である。二項ロジスティック回帰分析の結果、世話役(同病支援者)になる可能性が高まる要因であった。

がんサロンに参加することで、セカンドオピニオンや病院選びなどの知識が深まったとする人は、治療に関して主体的に行動することで、より良い治療や療養の選択肢を自らに得ることにつながる。これらの知識や情

報の収集は、病気を告げられた患者が収集することは簡単なことではない。情報を収集する中で、地域にある社会資源を知り、様々なネットワークを持つことができると考える。したがって、社会資源などの知識や治療や療養の選択肢を作ることができる人は、地域における同病者同士の配慮を行うこともでき、「社会参加の場」としてのがんサロンにおいて世話役、いわゆる同病支援者になる可能性が高まると考えられる。

4-5-2. 一般の参加者（非世話役）に留まる可能性を予測する要因

4-5-2-1. 仮説 4. 医療関係者とのコミュニケーションが図りやすくなる

仮説 4. サロンに参加することで「医療関係者とのコミュニケーションが図りやすくなる」効果があるとする仮説は、支持された。

この仮説は、「サロンに参加することで、医療関係者とのコミュニケーションが図りやすくなりましたか（q3-9-1）」である。二項ロジスティック回帰分析の結果、非世話役に留まる可能性が高い要因であった。

第3章の調査研究1において、がん患者はがんサロンに参加することで、医療者とのコミュニケーションの図り方や自分の心身の状況や気持ちの伝え方を、同病者同士で学んでいたことが観察されたが、今回の分析では非世話役に留まりやすいと予測された要因として示された。医療では医療関係者と患者の信頼関係の構築が課題となっており（圓 2008, 日本医療政策機構 2020）がんサロンはその点において医療関係者への質問の仕方やわからない時の聞き方を学ぶ点で有効であると考えたが、今回の調査では関係がなかった。

がんサロンの参加者には、現在治療をしていない定期経過観察中のがん患者が6割ほどいた。年1度の定期検診程度では、医療者とのコミュニケーションを取る機会が少ない。現在、医療を必要としていない人にとって、医療者とのコミュニケーションの図り方を獲得することは、あまり重要にならないと考えられた。また、島根県には7か所の地域がんサロンがあり医療施設外にあるため、医療関係者との接触はあまりないと考えられた。

4-5-2-2. 仮説 5. 家族との関係が深まる

- 自分の病気について家族に話すようになる -

仮説 5. サロンに参加することで「家族との関係が深まる」ならびに「家族以外の人との関係が深まる」効果があるとする仮説は、支持された。

この仮説は、「サロンに参加することで、自分の病気について家族に話すようになりましたか（q3-10-1）」である。二項ロジスティック回帰分析の結果、非世話役に留まる可能性が高い要因であった。

第3章の調査研究1において、家族に病気のことを話すことが難しい側面が観察されたが、がんになってから家族のありがたみや感謝の気持ちを話題にしている参加者も多かった。このことから、家族との関係が深

まったと仮説を立てたが、家族に病気のことは話せても、病気になってから気が付いた家族のありがたみや感謝の気持ちはあまり話せていないとも考えられる。

4-5-3. 支持されるとまではいえなかった要因

4-5-3-1. 仮説1. 病気や治療などに関する知識が深まる

仮説1. サロンに参加することで「病気や治療などに関する知識が深まる」効果があるとする仮説は、支持されるとまではいえなかった。

この仮説は、「サロンに参加することで、病気に対する身体の症状（痛み、副作用、後遺症など）に関して、理解が深まりましたか（q3-1-1）」「サロンに参加することで、がんの進行や再発に関する理解が深まりましたか（q3-2-1）」である。

これは本研究の同病者同士の支援と先行研究の専門職の支援との相違を図るために立てた仮説である。医療相談でよく話される話題であるが、がんサロンで話されることはあまりなかった。「第3章話題の類型化」でも示されたことが、本研究でも明らかになった。医療的なことは医療者やがん専門相談員が行なっている専門的な知識を必要とする話題・相談であることから、医療専門職で対応することが良いどうかをえた。一方、心情に関することはがんサロンで多く話題になっていることから、同病者同士が話しやすいことがわかり、参加者は両者を区別している可能性があると考えられた。また、がんサロンでは、個人の治療経験の体験談を話し、聞くことはできるが、医療の専門性に関わることに 대해서는個別性があるので返答や相談はしないというルールがある。一定のルールががんサロン参加者に守られていることもわかった。心情については、がんサロンの効果として後節で心情の変化で記述している。

この質問は医療専門職が行う相談と、がんサロンでの話題との違いを明らかとするための仮説であったので、その点において仮説の意図は支持された。個別相談支援や専門の対応の必要性が示唆された項目である。

4-5-3-2. 仮説3. 不安定な心情の表出と肯定的な心情を獲得する

仮説3. サロンに参加することで、22 の変数のうち偏りがあった8 の変数のうちの1 つである。カイ二乗検定を行う以前に、世話役と非世話役が「はい」と回答した割合が高かった。すなわち、この8 の変数は分析するまでもなく、がん患者ががんサロンの効果を認めた仮説であった。したがって、14 の変数を用いての二項ロジスティック回帰分析を行なわなかった。考察については次の節で述べる。

4-5-3-3. 仮説 6. 経済的（治療費や生活費など）の負担がやわらく

仮説 6. サロンに参加することで「経済的（治療費や生活費など）の負担がやわらく」効果があるとする仮説は、支持されるとまではいえない。この仮説は、「サロンに参加することで、経済的（治療費や生活費等）な負担がやわらぎましたか（q3-12-1）」である。

この項目は専門的知識が必要で、かつ高度な個人情報でもあるので、がんサロンでは話しにくく、情報を得ることが難しい。第 3 章の調査研究 1 では「治療費が高い」と語られるものの参加者全員が頷き、同意して、次の話題に変わり、語りの発展は観察されなかった。日本では、社会保障に関するサービスは自らが申請する必要がある。がん患者も自分らしく生活するためには、必要な情報は自分で収集して選択し、申請していくことが求められている。経済的な支援に関する情報は、ソーシャルワーカーやがん専門相談員が提供するなど、個別の相談支援や対応の必要性が示唆された項目である。

4-5-3-4. 仮説 8. 将来について（生活設計など）を考えられる

仮説 8. サロンに参加することで「将来について（生活設計など）を考えられる」効果があるとする仮説は、支持されるとまではいえなかった。この仮説は、「サロンに参加することで、将来のについて考えられるようになりましたか（q3-17-1）」であった。

この質問に対し「いいえ」と回答した 17 人のうち、12 人は仮説 6. 「治療費や生活費などの負担がやわらく」の項目でも、「いいえ」と回答し負担がやわらがないと感じていた。がんになり治療を始めると収入は減少するが、治療費が優先し支出が多くなりやすい。生存率も上がっているために、生活設計の見直しや、将来の生活設計を再検討することは重要である。がんにより将来の見通しが立たない時期もあるが、将来の生活設計ができないと考えるのではなく、罹患後も自らが自分らしい、人生の設計を具体化することが必要になる。第 3 章ではがん罹患後の人生を話す参加者が多く観察され、この仮説 8 と仮説 6 が示す範囲は、医療専門職が介入しない領域であり、同病者同士だからこそ話せることと考えられる。

今後がんサロン活動の活性化や他専門職（例えば税理士、ファイナンシャルプランナーなど）も含めた学習会などの新しい取り組みも示唆された。

4-5-3-5. 仮説 9. 同病者との交流が深まる

仮説 9 は、22 の変数のうち偏りがあった 8 の変数のうちの 1 つである。カイ二乗検定を行う以前に、世話役と非世話役が「はい」と回答した割合が高かった。すなわち、この 8 の変数は分析するまでもなく、がん患者ががんサロンの効果を認めた仮説であった。したがって、14 の変数を用いての二項ロジスティック回帰分析を行なわなかった。考察については次の節で述べる。

4-5-4. 患者主導型がんサロンの効果が示された要因

クロス表（表4-8）の22の変数のうち8の変数は、世話役と非世話役のいずれか、もしくは両者で「いいえ」の回答が2人以下であった。この8の変数は、対象者の「はい」の回答割合が非常に高いことから、がんサロンの参加ががん患者にもたらす効果、言い換えればがん患者が考えているがんサロンの効果と考える。

4-5-4-1. 仮説1. 病気や治療などに関する知識が深まる

仮説1. サロンに参加することで「病気や治療などに関する知識が深まる」効果があるとする仮説は、サロンの効果として、「サロンに参加することで、治療に関する理解が深まりましたか（q3-3-1）」が支持された。

この質問には49人（87.5%）が、理解が深まったと回答した。理解が深まらなかったと回答した7人（12.5%）のうち、5人が非世話役、2人が世話役であった。7人のうち、現在、治療中の3人は50歳代から60歳代前半（平均59歳）であり、そのうち2人が病歴1年目、1人が病歴10年目の再発による治療1年目の患者であった。これらの3人が参加していたがんサロンには、同じような病期で同がん種の参加者はいなかった。また3人とも他のがんサロンに訪問や参加した経験があった。つまり、この3人が思い描いている同病者との出会いや交流、情報共有は、現在通うがんサロンでは実現していなかった可能性がある。病期が共通している患者の体験に耳を傾け、また自分自身について参加者に話をすることで誰かの共感を得たいのではないかと考えられた。

他の4人は、現在は治療しておらず、60代から70歳後半（平均72.8歳）であった。病歴が9年から15年（平均13年）のがん患者であり、いずれも初回のがんから10年以上経過しており再発などはない参加者である。そのため、現在は治療に関する理解は必要な状態にないと考えられた。

第3章で述べた調査研究1から、参加者は自らのがんの治療の体験を同病者同士の話題にしており、医学的な治療方針については話していなかったことが明らかとなっている。つまり、がんサロンでの病気に関する理解の深まりとは、医師が行うインフォームド・コンセントや個別の治療方法についてではなく、患者の体験としての治療や痛み、副作用、後遺症など、同病者同士の体験を知り、病気を理解したいことがうかがえた。

4-5-4-2. 仮説3. 不安定な心情の表出と肯定的な心情を獲得する

仮説3. サロンに参加することで「不安定な心情の表出と肯定的な心情を獲得する」効果があるとする仮説は、全て支持された。下記の4つの質問項目（q3-6-1, q3-7-1, q3-8-1）において、対象者の「はい」の回答の割合が多かったことにより、仮説は支持された。質問項目の4つは、22の変数のうち偏りがあった8の変数のうちの4つであった。

支持された仮説は、「サロンに参加することで、前向きな気持ちや考えなどの肯定的（プラス）な気持ちになりましたか（q3-6-1）」という質問に対し、54人（96.4%）が肯定的な気持ちになったと回答し、肯定的な気持ちにならなかったのは2人（3.6%）であった。この2人は非世話役1人、世話役1人であった。

次に「サロンに参加することで、不安や落ち込みなどの否定的（マイナス）な気持ちがやわらぎましたか（q3-5-1）」と「サロンに参加することで、自分自身の考えを整理し感情をコントロールしやすくなりましたか（q3-7-1）」、「サロンに参加することで、病気になったことを受け止められるようになりましたか（q3-8-1）」であった。

この3質問には、それぞれ「はい」と回答した人が51人（91.1%）、「いいえ」と回答した人が5人（8.9%）であった。この「いいえ」と回答した5人の内訳は、いずれの項目も世話役1人、非世話役4人であった。

この4項目のうち、2人が2項目に「いいえ」と回答した。また2人が3項目に「いいえ」と回答していた。後者の2人は心情の変化の質問項目（q3-6-1, q3-7-1, q3-8-1）が「いいえ」と回答していた。「いいえ」と回答した4人に共通することは70歳代と高齢期であった。初発からすでに約10から15年経過し現在まで再発はなく、定期検診を継続中であるが、現在は健康を維持している。がんは一度発病すると、いつ再発するかもしれない不安があることがわかった。また、高齢で、長年定期検診のみの状況という共通点がある人は、がんサロンに参加しても気持ちの変化の効果は得られにくいとうかがえた。

なお、4項目全てに「いいえ」と回答した世話役は1名いたが、自由記載には「がんサロンは自分自身を解放する場所」と記しており、がんサロンに参加することにより肯定的な心情になることが推測された。

したがって、がんサロン参加者全員ががんサロン参加により肯定的な心情になったことが判明した。

4-5-4-3. 仮説5. 家族以外の人との関係が深まる

仮説5.サロンに参加することで「家族以外の人との関係が深まる」効果があるとする仮説は、支持された。

支持された仮説は「サロンに参加することで、家族以外の人との交流が深まりましたか（q3-11-1）」であった。

第3章では、近隣者には病気のことを話すことが難しい側面が浮かび上がった。しかし職場の人には説明をする必要があることから、今後、この家族以外については誰を表すのかについての研究は、今後の課題とする。

4-5-4-4. 仮説7. 自分らしく健康的な生活と社会参加を行う

仮説7.サロンに参加することで「自分らしく健康的な生活と社会参加を行う」効果があるとする仮説は、支持された。

支持された仮説は、「サロンに参加することで、日常生活（治療後の生活、家事、子育て、介護など）に関する情報を得ることができましたか（q3-14-1）」である。質問には、対象の45人（80.4%）が情報を得られたとし、11人（19.6%）が情報を得られなかったと回答した。得られなかった人は非世話役9人、世話役2人であった。この「いいえ」と回答した11人には、がんのステージが高かった（ステージ2-4）7人が含まれる。そのうち、3人は早期がん、1人は不明であり、性差や治療の有無の差はみられなかった。また、子育てには関与していない年代が多く、また独居者も多いことがアンケート項目の他の記載からわかり、今後原因を追求する必要がある。

4-5-4-5. 仮説9. 同病者との交流が深まる

仮説9.サロンに参加することで「同病者との交流が深まる」効果があるとする仮説は、支持された。

支持された仮説は、「サロンに参加することで、サロン参加者への交流が深まりましたか（q3-18-1）」であった。

対象の53人（94.6%）が、理解が深まったと回答し、深まらなかった人は3人（5.4%）であった。この3人はすべて非世話役であり、1人は後期高齢期にあり、病歴は15年の男性である。現在治療はしていないが、定期検診経過観察中である。がんサロンは長期に参加し、参加者の話を聞いていることが多かった。多くの質問に「いいえ」と回答しているが、自由記載欄にはがんサロンに参加することで不安定な気持ちや落ち込みなどの否定的な気持ちが安らぐなどの記入があった。

後の2人は、比較的「はい」の回答が多い。第3章の調査研究1では、2人が参加している各がんサロンは月1回の開催で、全員が一人ずつ近況などを話すタイプの運営方法であり、参加者が自由に交流する時間があまり取られていなかった。また、参加者に後期高齢者が多いことや性差に偏りがあることから、参加者との情緒的な交流が深まらない原因と考えられた。

4-6. 患者主導型がんサロンの効果

次に、本章および、第3章「患者主導型がんサロンにおけるがん患者の話題の類型化」を合わせて考察する。がんサロンの12の効果は類型化によって取得された新たな3大分類に相当する。第3章（3-4-7）の再掲となるが、新たな3大分類「地域における同病者同士の配慮」「肯定的な心情が深まる」「同病者との交流」である。最初の大分類「地域における同病者同士の配慮」は、調査票のアンケート用紙では「同病者へのつながりが増えますか」と問うている。なお、配慮とつながりとは質が違ふことから、今後さらなる検証を進めていく。

4-6-1. 地域における同病者同士の配慮

本研究の参加者は、がん患者同士のつながりを求めていることから（第3章3-6, 第4章4-5-1）、日常生活で同病者との交流はあまり持てていなかったのではないかと考える。入院時は、同じ診療科で、同じような病期の同病者との出会いや交流が医療施設で行われていたが、外来治療が進むと同病者との交流する時間が少なくなってきたという。がんサロンは共感できるロールモデルとの出会いの場になっており、参加者同士が直接対話をすることで自らの生き方を考える機会となっていると考えられる。また参加することによって、同病者との関わりが増え、同病者への支えや新たな役割の獲得をするのではないかと考えられた。また、がん発症後に起こる抑うつや孤立予防への効果が期待できる。

サロンに参加しない理由は様々なため、欠席しても参加者から詮索されることはなかった。ただ、「次のサロンでまたお会いしましょうね」と話していた参加頻度の高い参加者が欠席した場合には、他の参加者らは安否に関する情報を持ち寄り、連絡や見守り等を行う等、相談する様子がみられた。また近隣に居住し、偶然がんサロンで顔を合わせ、それでも会釈だけするだけの間柄だったが、最近見かけなくなったという場合にも、サロン内では安否についての話が上がることもある。治療開始や終了、仕事が始まるなど、サロンに参加できなくなる理由を事前に話していることも多いように見受けられた。お互いを心配させないような気づかいが、参加者の適度な距離感となかま意識を育み、参加者同士の気負いや負担のない自然発生的な見守り活動につながっていると考えられる。

島根県では、がんサロンの多くは患者の要望から開設され、長期に渡り、がん患者ががんサロンを運営している。がんサロンの参加者とがんサロンの世話役のどちらの立場においても、家族と患者、なかま、子どもへの告知、ウィッグ、役割の変化といった、がん患者としての体験や悩み、日常生活上の気がかりなことが共有されていた。また、お互いの気持ちに寄り添い、医療・介護・福祉職などから支援を受ける患者という一方向の関係ではなく、支えられる経験と支える経験が効果的に作用し合う互助の関係があった。がんという共通体験を通じた関係だからこそ、がん患者は患者であるが、支援者ともなり得る同病者支援の実態も示されたといえる。

4-6-2. 同病者との交流

島根県では、女性のがんサロンを開催する、女性特有のがんを対象としているサロンを別の日に開催するなど、女性がん患者の交流が盛んに行われていた（第3章3-5-2）。また、乳がんや肺がんなど、がん種の別に参加者を募っているサロンもあった。これは、同性や、同じがん種、ステージ、治療方法、年代など、自分に近い状況や状態にある同病者との交流を求めるがん患者のニーズが反映されていると考える。

女性の参加者が多かったサロンでは、がんがライフコースに影響し、共有の悩みとなっていることが明らかとなった（第3章3-5-2, 第4章4-5-4）。参加者の中にも働き盛りや、子育て世代のがん患者はおり、子育て中の悩みがある。特に体調不良や不安定な時に家事や母としての役割をこなそうとしているが、十分にできず、子どもにつらく当たってしまった、本人が子どもについて病名を口走ってしまった時の参加者の狼狽は大きなものであった。

がん在宅療養が多くなっており、子どもは親の心身の変化を感じ取っていることが考えられる（第3章3-5）。親が子どもに自らの病気の説明や、どのように生活して欲しいのかを、話しあうことが大切であることがうかがえた。また、聞きたくないと感じる子どもの権利や、がん患者の心身の状況や子どもの年齢によっては説明しにくいことがある。今後、子どもを養育しているがん患者のニーズを把握するとともに、親ががんに関与している子どものニーズも把握する必要がある。がん患者の増加とともに、扶養される子どもの数も増加している。社会全体でがん患者の子どもへの家庭支援、家族ががんになった子どもへの支援を考えることが急務である。

次に、がん医療の進歩や化学療法の長期使用が可能になったことから、若い世帯や子育て世帯、介護している世帯には、治療費が生活費を圧迫するなど深刻なケースもある。介護保険制度では40歳未満の人は利用できないことによる療養上の困難が多数指摘されている。療養・治療とともに、就労の仕組み作りが先んじているが、子育てや介護などの社会の仕組み作りにも視点を置く必要がある。すなわち、サロン参加者は様々なライフイベントの時期（キャリア形成、就労、結婚、出産、養育、家事、介護等）に自らの治療が重なる。がん患者の経済的な安定はいうまでもなく必要なことである。さまざまな同病者と交流し、対面で同病のロールモデルに直接経験談を聞き、また質問することはとても重要と考えられた。

4-6-3. 肯定的な心情

心情的変化は、サロン参加者全員が変化していた（第3章3-5-1, 第4章4-5-3, 4-5-4）。がんに関与したことがわかると、多くの人が一度は「死」を真剣に考えると言われている。Spiegelらは、がん患者の心理として、自分の「死」を意識し、恐怖や、悲しみ、不安やそれ以外の病気に関連した否定的な感情があり、家族にも同じような不快な感情を引き出してしまふことを指摘している（スピーゲルら 2009）。本研究においては、がん患者は家族に動揺や不安を与えないように家族にがんを話さないことや、感情を閉じ込めるなどの配慮が見られた。本研究におけるがん患者は、家族にはがんになった心情を話せないとのことであった（第3章3-5, 第4章4-5-4）。ところが、参加者は、がんサロンでは「がん」を隠すことなく、心情的な変化も認め、がんについて話していた。

加えて、サロンでは、病歴が長く、安定している参加者も多いことから、生きて元気に話をしているロールモデルが身近にいるだけで参加者は安心できる。またこれは、肯定的な心情的に影響することと考えられた。

4-7. 第4章のまとめ

調査研究2として、本章では第3章の「患者主導型がんサロンにおけるがん患者の話題の類型化」を基に、がんサロンの効果の仮説を生成し、アンケート調査を実施し、患者主導型がんサロンの効果について仮説検証を行う。本調査の目的は、患者主導型がんサロンの効果を明らかにする。その過程で、同病支援者（世話役）になる可能性に影響を与える要因を明らかにすることである。

がん患者の参加者の中には自発的に他の参加者を支援する世話役と一般の参加者の非世話役がいた。また非世話役の中から世話役（同病支援者）が誕生するという患者主導型がんサロンの効果に着目し、世話役を同病支援者として、非世話役を一般の参加者として両者を比較分析した。その結果から、患者主導型がんサロンには効果があることが解明され、特に、がん患者が世話役（同病支援者）になりやすい要因と、非世話役（一般の参加者）に留まる可能性を予測する要因を特定した。さらに、その結果、世話役（同病支援者）になる可能性が高まる3要因と、非世話役に留まる可能性が高い2要因の計5要因が示唆された（137頁）。

世話役（同病支援者）になる可能性が高い要因は、「1. 地域における同病者同士の配慮を行う」「2. 休息（睡眠含む）や余暇活動を取り入れられる」「3. セカンドオピニオンや病院選び等の知識が深まる」であった。この3項目の共通点は個人の行動は自己の内面から、友人、組織、地域社会に広がり行動を起こしていることである。これはがんと共生し、社会的なつながりや参加が促進され、がんであっても健康的な心身の状況にある行動をとっていると考えられる。

一方、非世話役に留まる可能性が高い2要因は、「4. 医療者とのコミュニケーションが図りやすくなる」「5. 自分の病気について家族に話すようになる」であった。医療者はがんサロンのリーダーを選ぶときに、医療者とコミュニケーションが図りやすくなったがん患者を指名しやすい。医療者とのコミュニケーションが図れることは重要なことであるが、同病支援者になるという要因にはならなかった。

逆説的に世話役（同病支援者）になる可能性が高まる要因として考えると、「4. 医療者とのコミュニケーションが図りやすくなる」は、医療関係者とのコミュニケーションの取り方が変わらないと考えられる。また、「5. 自分の病気について家族に話すようになる」は、がんに罹患しても特に家族との関係が変わらない、もしくは家族と話さない（病気のことや元から話さないなど）ということも考えられた。両者から共通していることは、家族や医療者との関係が変化しなかった人は、世話役になりやすいと考えられる。非世話役から世話役（同病支援者）になるには、患者の心身的な段階で自信喪失感や精神的な苦痛などが低い段階にある人が世話役（同病支援者）になりやすいと考えた。この時期にあたる人は、急性期の病期と比較すると、家族や医療者との関係に影響を受けることが少ないと考えた。次に、がんを受容し自立している人、もしくは初めから自己の内面を家族などとオープンに話し合える人は関係が変わらないと考えられる。今後、詳細な検討を必要とする。

世話役（同病支援者）になる可能性に影響のある5要因の結果をまとめると次であった。

1. 地域における同病者同士の配慮を行う
2. 休息（睡眠含む）や余暇活動を取り入れられる
3. セカンドオピニオンや病院選び等の知識が深まる
4. 医療関係者とのコミュニケーションが図りやすくなる
5. 自分の病気について家族に話すようになる

以上のことから、患者主導型がんサロンには同病支援者（世話役）になる可能性に影響のある5要因が解明され、効果があることが明らかとなった。

次に、患者主導型がんサロンには、12効果があることが明らかとなった。加えて、参加者の全員が一致し、効果があると回答したことは、心情的な変化が得られることであった。12効果とは、①クロス表の22の変数のうち、世話役と非世話役のいずれか、もしくは両方で「いいえ」の回答が2人以下であった8の変数（第4章4-4-4）、②カイ二乗検定の結果（第4章4-4-3）の1の変数、③二項ロジスティック回帰分析の結果の世話役（同病支援者）になる可能性が高まる要因3要因（第4章4-4-4）、④参与観察より参加者から同病支援者になる事実を合わせて、患者主導型がんサロンの効果と考えられる。なお、②カイ二乗検定の結果の1の変数と③二項ロジスティック回帰分析の結果の世話役（同病支援者）になる可能性が高まる1要因は重複していることから、12の効果が明らかとなった。次のがんサロンの12効果をまとめる。

サロンの12効果の結果をまとめると次の項目である。

1. 地域における同病者同士の配慮を行う
2. 治療に関する理解が深まる
3. 前向きな気持ちや考えなどの肯定的（プラス）な気持ちになる
4. 不安や落ち込みなどの否定的（マイナス）な気持ちがやわらぐ
5. 自分自身の考えを整理し感情をコントロールしやすくなる
6. 病気になったことを受け止められるようになる
7. 家族以外の人との交流が深まる
8. 日常生活（生活、家事、子育て）に関する情報を得る
9. 同病者との交流を深める
10. 休息（睡眠含む）や余暇活動を取り入れられるようになる
11. セカンドオピニオンや病院選び等の知識が深まる
12. 参加者の中から自発的に他者を支援できる世話役（同病支援者）が生じる

がん患者が患者主導型がんサロンに参加することの効果としてあげたのは、第 3 章と同様、先行研究に依拠する医療専門職の相談とは異なる傾向を示す新たな 3 大分類「地域における同病者同士の配慮」「肯定的な心情が深まる」「同病者との交流」はがんサロンの効果を示した。また、全ての参加者が、心情に関する項目で効果があると回答している。すなわち、患者主導型がんサロンは、医療専門職・介護・福祉職などから支援を受ける患者という一方向の関係ではなく、同病者同士が支え、支える経験が効果的に作用し合う関係によって同病支援者が生じることが明らかとなった。これは、世話役が主導した患者主導型がんサロンだからこそその効果であるとうかがえる。

以上のことから、がん患者の参加者の中から自発的に他者を支えることのできる患者である世話役が誕生する患者主導型がんサロンの運営と普及が重要であることが明らかとなった。

最後に、今後、更なる研究により患者主導型がんサロンの 12 効果の仮説検証を行いたい。加えて、本章のアンケートの調査票の質問を使い、全国のがんサロンでモデル（中村モデル）の回帰式を検証していくことが必要である。

引用文献

- Sallis, J.F., Cervero, R. B. and Ascher, W. eds, (2006) An ecological approach to creating active living communities. *Annual Review of Public Health* : 27, pp.297-322.
- 荒井弘和・中村友浩・木内敦詞 他 (2006) 主観的な睡眠の質と身体活動及び心理的適応との関連. *心身医学* : 46 (7) , pp.667-676.
- 井谷修 (2020) 睡眠と心身の健康. *日大医学雑誌* : 79 (6) ,pp.333-336.
- 圓増文 (2008) 医療従事者と患者の信頼関係構築に向けた取り組みとしての「目的の共有」. *医療哲学 医学倫理* :26 (0) , pp.1-10.
- 厚生労働省 (2023) 健康づくりの施策のための Textbook 2023 年 3 月版. http://e-kennet.mhlw.go.jp/wp/wp-content/themes/targis_mhlw/pdf/textbook-all.pdf (2023 年 3 月 1 日アクセス可能)
- 小高良友 (2010) マズローの欲求階層説と臨床社会学. *東海学院大学紀要* : 4. <https://core.ac.uk/download/pdf/234065642.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 中村明美 (2019a) 島根県におけるがんサロンの実態研究. *武庫川女子大学大学院教育学研究論集* : 14, pp.48-55.

- 中村明美 (2019b) 地域間サロンにおけるがん患者同士の見守りに関する研究. 単身高齢者の見守りと医療をつなぐ地域包括ケア ー先進事例から見る支援とネットワークー. (編者杉崎千洋・小野達也・金子努) 東京都 : 中央法規出版, pp.254-268.
- 中村明美・安西将也 (2018) 癌患者の生活課題を可視化する試み ー島根県癌サロンの参与分析からー. 日本公衆衛生学会 : 65 (10) , p.304.
- 中村明美・安西将也 (2019) がんサロンにおける話題の類型化. 日本公衆衛生学会 : 66 (10) 特別附録集, p.335.
- 日本医療政策機構 (2020) 患者・当事者と医療者のより良いコミュニケーションの実現に向けた提言 ー医療の供給側と受け手側の双方の力が同時に発揮される「フラットな医療システム」を目指してー 2020 年 9 月 NCDN ライアンス・ジャパン/日本医療政策機構.
https://hgpi.org/wp-content/uploads/Recommendations_Proposal_on_Achieving_Better_Communication_Between_Healthcare_Providers_and_Beneficiaries.pdf (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 野中ますみ (2014) 隣接領域で用いられる諸理論. 介護福祉士養成テキスト第 2 巻 介護の基本/介護過程. 京都府 : 法律文化社, pp.155-164.
- 原田隆・加藤恵子・小田良子 他 (2011) 高齢者の生活習慣に関する調査 (2) ー余暇活動と生きがい感についてー. 名古屋文理大学紀要 : 11 (0) , pp.27-33.

第5章 患者主導型がんサロンの効果

本章では、第3、4章の患者主導型がんサロンの特徴と効果、課題を補足、確認し、実際の患者主導型がんサロンの効果を明らかにすることである。第4章の世話役（同病支援者）になる可能性に影響を与える要因と実際の世話役の役割を明らかにする。さらに、がん患者の参加者の中から自発的に他者を支えることができるリーダー的存在の世話役が生じるサロンの運営と普及の可能性について論じる。

項目としては、「5-1. 調査目的」「5-2. 調査方法」「5-3. 倫理的配慮」「5-4. 結果」「5-5. 考察」「5-6. 第5章のまとめ」である。

5-1. 調査目的

調査の目的は、第4章のアンケート調査時に患者主導型がんサロン17か所の参与観察と世話役のインタビューから、第3、4章の患者主導型がんサロンの特徴と効果、課題を補足、確認し、実際の患者主導型がんサロンの効果を明らかにすることである。第4章の世話役（同病支援者）になる可能性に影響を与える要因と実際の世話役の役割を明らかにする。さらに、がん患者の参加者の中から自発的に他者を支えることのできるリーダー的存在の世話役が生じるサロンの運営と普及の可能性について明らかにすることである。

5-2. 調査方法

5-2-1. 対象

参与観察の対象は第4章で調査対象となった患者主導型がんサロンの17か所で、イベント実施中や活動休止しているがんサロンを除く13か所であった。インタビュー調査は17か所のがんサロンの世話役19人に行った。

5-2-2. 調査期間

調査期間は2018年9月から2019年6月末日である。

5-2-3. 調査対象のがんサロンの選定

第4章と同じように選定を行った。第4章でアンケート調査を行った17か所のがんサロンのうち、13か所で参与観察を行った。4か所のがんサロンは行事中や休止などのため、参与観察ができなかった。

5-2-4. 分析方法

第4章のアンケート調査時に参与観察と世話役へのインタビューを実施した。参与観察は13か所の各がんサロンの交流会などの開催時間と準備、後片付けの時間に参与観察を行った。開催時間は(表5-1)を参照。

各がんサロンのがん患者の世話役へは半構造化インタビューを行った。インタビュー調査時間は、60分程度とした。調査前後の説明等の時間を含めて、一人あたり70分間の確保を依頼した。個別インタビューの調査回数は、調査対象者一人あたり1~2回程度とした。

2017年島根県ホームページ「がんサロン・がん患者団体」および『しまねのがんサポートブック』のがん情報誌に記載されているサロン連絡先などを参考に、世話役に事前連絡を行い、口頭で参与観察やインタビューの許可を得た。参与観察実施については、がんサロン参加者の承諾を得た上で、「体験の語りあい」や「情報交換の時間」の開催時を中心に、サロン開催前の準備から終了後の片付けまで行った。その際、できるだけ通常のがんサロンの雰囲気を保つよう、また匿名希望や各患者の心身の状態への配慮から、ICレコーダーでの録音や映像記録は控え、フィールドノートに記録し、その全データを電子化しその内容を研究データとした。

5-3. 倫理的配慮

倫理的配慮は人を対象とした研究の一般的な倫理(日本社会福祉学会の規定)を遵守して行った。全ての対象者において参加者が個人情報保護の観点から対象者が特定されないよう、以下の4点に留意した。

- ① 個人情報保護の観点から個人名を新たに番号としたID化をして対象者が特定されないよう連携不可能匿名化をした。筆者(中村)の研究室の施錠可能な場所に保管する。分析の過程で作成した記録や調査対象のリストなどの研究資料も同様に扱った。
- ② 調査結果の公表(学会発表、学術誌発表等)時には調査対象者から語られた固有名詞は記号に置き換える。調査結果の分析時に他の研究者から助言・指導を受ける時にも記号に置き換えた後の記録を用いた。

- ③ 記録の保管期間については研究終了後の 5 年間、または研究結果の最終公表後 5 年間 (3 年から変更) のいずれか遅い日までの期間、データの保管管理を行う。
- ④ 収集した情報やデータについては必要な保管期間が終了した個人情報、研究資料等についてはすみやかに廃棄する。紙媒体の資料については筆者がシュレッダーにかける。電子データについてはバックアップも含め適切に消去する。

研究計画書は、武庫川女子大学「人を対象とする研究に関する倫理委員会」へ提出し、承認を受けた (申請番号 17-43 号)。

5-4. 結果

5-4-1. 患者主導型がんサロンの概要

島根県のアンケート調査を実施した患者主導型がんサロン (以下、がんサロンと略す) 17 か所の各概要を示す (表 5-1)。がんサロン 17 か所のうち 15 か所は全がん種が対象であり、性別などによる参加制限はなかった。その他の 2 か所は、がん種や性別が限定されており女性のがん患者を対象にしていた。地域によっては、必要時に随時開催するなど状況に合わせて柔軟に運営されていた。がんサロンの開設理由は、がん患者や家族の要望により、開設したことがわかった。

5-4-2. 参加者の特徴

一般の参加者 (非世話役) はがん患者が多く、少数ではあるががん患者に付き添って参加する家族、遺族の参加が観察された。一方、世話役のほとんどががん患者であった。がんサロンの対象は、がん患者とがん経験者、家族などと限定してはおらず、がんに関心のある誰でもが参加できた。

本章の参与観察中に、入院中のがん患者は見られなかった。調査当時、がんサロン参加者の病期は、在宅療養中、外来診察・治療中、経過観察で定期検診のみ、治療をしていない患者など様々であった。また、どのがんサロンも女性が多かったことも特徴といえる。

参加者は、がんサロンに通うためには自家用車運転や公共交通で移動できること、一定の時間座位が保てることなどの身体活動が必要であると感じていた。

本章の参与観察では、参加者は躊躇することなく「がん」という言葉を普通に使い、その頻度も高かった。この言葉は一般的にマイナスな印象が先立つために、日常生活であまり言葉にすることや聞くことはない。がんサロンでの話題には、「がんになったことによる否定的な気持ちの表出」が多くみられ、患者同士の会話には

不安や悲観的なものもあるが、その一方で肯定的な発言も多く、笑顔や笑い声も多く見られた。また、参加者の中に相槌を打ち、自らは話さないが同病者の話をよくうなずきながら聞く傾聴者の存在も見られた。

世話役によると、一般の参加者（非世話役）ががんサロンに来なくなる理由は、治療が終了して就労すると、昼間に開催しているがんサロンには参加しにくくなり、来なくなるということであった。地域で開催されている患者主導型がんサロンは、常連の参加者が多く、地域での通いの機会や場所となっていることがわかった。

表 5-1 17 か所の患者主導型がんサロンの基本情報（2018 年 8 月-2019 年 6 月）

二次医療圏域の地域タイプ	サロン名	基本情報					
		サロンの形態	開催場所	対象疾患	プログラム内容	活動頻度	活動時間
地方都市型	サロン(ア)	院内	がん診療連携拠点病院	全がん	語り合い、情報交換、イベント、検診普及啓発活動	週1回	10:00～15:00
地方都市型	サロン(イ)	院内	がん診療連携拠点病院	女性特有のがん	語り合い、情報交換、イベント、検診普及啓発活動	月1回	13:00～15:00
地方都市型	サロン(ウ)	院内	がん診療連携拠点病院	全がん	語り合い、情報交換、イベント、勉強会	月2回	13:00～15:00
地方都市型	サロン(エ)	院内	がん情報提供促進病院	全がん	語り合い、情報交換、イベント	週1回	10:00～12:00
地方都市型	サロン(オ)	地域	公的施設	全がん	語り合い、情報交換	月1回	10:00～12:00
地方都市型	サロン(カ)	院内	がん診療連携拠点病院	全がん	語り合い、情報交換、イベント、検診普及啓発活動	週1-2回	13:00～15:00
過疎型地域	サロン(キ)	院内	がん情報提供促進病院	全がん	語り合い、情報交換、医療者による相談、検診普及啓発活動	月2回	13:30～15:30
過疎型地域	サロン(ク)	地域	保健所および保健センター	全がん	語り合い、情報交換、イベント、検診普及啓発活動	月2回	10:00～15:00
過疎型地域	サロン(ケ)	地域	社会福祉法人内施設	全がん	語り合い、情報交換、イベント、検診普及啓発活動	月1回	10:00～12:00
過疎型地域	サロン(コ)	地域	自宅 現在活動休止	全がん	語り合い、情報交換	月1回	13:30～15:30
過疎型地域	サロン(サ)	院内・地域	がん情報提供促進病院・公的施設	全がん	語り合い、情報交換、イベント、検診普及啓発活動、バス日帰りイベント	月1回	9:30～11:30
過疎型地域	サロン(シ)	院内	がん診療連携拠点病院	全がん	語り合い、情報交換、イベント、レクリエーション/バサー(運営費)活動	週1回	13:00～15:00
過疎型地域	サロン(ス)	地域	サロン(タ)と同時開催	全がん	語り合い、情報交換、イベント、オープンカフェ、心の相談会(ビハラー僧侶参加)、勉強会、レクリエーション活動など	週1回	13:00～15:00
過疎型地域	サロン(セ)	院内	がん診療連携推進病院	全がん	語り合い、情報交換、イベント、オープンカフェ、心の相談会(ビハラー僧侶参加)、勉強会、レクリエーション活動など	週1回	13:00～15:00
過疎型地域	サロン(ソ)	地域	保健所および保健センター・社会福祉協議会内	全がん	語り合い、情報交換、イベント、勉強・研修会、レクリエーション(歌を歌う)	月1回	13:30～15:00
過疎型地域	サロン(タ)	地域	保健所および保健センター、公的施設	全がん	語り合い、情報交換、イベント	随時	随時
過疎型地域	サロン(チ)	院内・地域	医療施設、公的施設	乳がん	語り合い、情報交換、イベント	随時	随時

資料『しまねのがんサポートブック』(2017)、「県内がん患者団体等名簿 平成25年10月21日現在」(2013)、「鳥根県内がんサロン一覧 平成30年5月」(2018)、「県内がんサロン名簿 令和2年4月」(2020)と、2018-2019年の参与観察及びインタビュー調査から筆者作成

5-4-3. 参加方法と活動内容

がんサロンの目的は癒し、交流、情報交換であった。活動内容は、交流、語り合い、情報交換、勉強会、行事やイベント、バザー、検診普及啓発活動などがあった。

参加方法はオープングループで、自由参加・自由退出できる患者同士の交流を中心とした自由なグループ活動をしている。グループワーク技法にある活動期間の設定やグループ目標などはない。各がんサロンには交流会や語りなど同じようなプログラム内容が実施されていた。

がん患者同士の交流の進行は世話役が行っており、4つの交流のスタイルが観察された。具体的には、「①話し合うテーマを決めた研修会に近い交流のスタイル」「②1つの話題をメンバーで一緒に話題にして話す交流のスタイル」「③一人ずつ順番に近況を話す交流のスタイル」「④全く自由に会話し交流するスタイル（参加者数が多いと途中で席替えをするがんサロンもあった）」など、世話役はいくつかのパターンを持って柔軟に対応していた。交流のスタイルの違いがあっても、同じような活動が実施されているが、毎回の参加者や人数が異なり、またがん患者の数だけ経験があり、その経験は多様であることから、がんサロンの活動はどれ1つ同じようには進まないことが観察から確認された。

開催頻度は、週に1-2回が1か所、週に1回が5か所、月に2回が3か所、月に1回が6か所、随時が2か所あった。人口が多い地方都市型二次医療圏域では、参加者も多く、開催頻度が多い。開催時間は1時間30分から5時間と幅があるが、多くのがんサロンの開催時間は午前と午後のどちらかの2時間程度であった。

地域がん診療連携拠点病院の指定要件（健発 0101 第7号）により施策が整うことで、院内がんサロンは医療施設に安定的に開催場所が確保されるであろう。また、地域でのがんサロンでは、地域活動の中心を担っている保健センターや保健所、福祉機関などが開設場所の提供を行っていた。公的機関での開催は利便性が良く、駐車場も確保されているので参加者は集まりやすい。参加者もまたがんサロンの開催場所は、アクセスが良く、安心して参加しやすい立地が望ましいと考えていた。したがって、がんサロンの開設場所の確保は、がんサロンを長期継続して運営する重要な条件となる。

5-4-4. 世話役の活動や役割

第3章（3-5-3）で明らかになったことを基に、本章では、世話役の活動や役割としては、インタビューから大きく分けて次の10点にまとめられた。第1章（1-3-5）にある先行研究（中村2012）と比較すると、1から8までは同じであるが、世話役の体調に合わせ活動内容を縮小していることもあった。また、県が主催する県全域のがんサロン交流会の開催は調査年には実施していないが、県西部のサロン間では交流を継続していた。

1. サロンの交流会やイベント開催の企画運営・準備・後片付けをする。
2. アクセス窓口となっている。がんサロンの窓口として世話役の電話が公開されている。
3. 交流会時のファンリテーションにより、誰もが不愉快にならないように配慮を行う。
 - ① 会話が滞った時は話題を提供する。
 - ② ネガティブなことや批判、噂話、悪口などは言わないように注意する。
 - ③ 初めての参加者と他参加者との関係が円滑に進むように、世話役自身の自己紹介や参加者の紹介を簡単に行い、打ち解けられる言葉かけなどの配慮を行う。
 - ④ 交流会が円滑に進むように配慮を行う。
 - ⑤ 初めての参加者には、ルール（第5章5-4-1）を説明し、特に守秘義務を徹底する。
 - ⑥ ルールを守らない参加者がいた場合は注意をする。
4. 専門職や機関と連絡をする。具体的には医療相談や経済的な相談等はソーシャルワーカーやがん専門相談員、医療者などを紹介し、連絡、同行、協力体制をとっている。
5. 広報活動として、定期的がんサロン便りの作成を行う。その後、サロン開設場所の担当者がいる場合は確認を依頼し、広報活動や掲示、島根県ホームページへの掲載を依頼する。
6. 教育機関への活動を行う。
小・中学校において「いのちの授業」や医学部・看護学部での講演などを行っている。また、「島根県未来の医療人を育てる場」として、学生がサロンに参加し、がん患者の気持ちを聞き学ぶ場である。
7. 行政などと連携したがん予防・検診普及啓発活動を行う。
8. 県内のがん対策推進のための活動を行う。
 - ① サロン運営2名が島根県がん対策推進協議会委員として、県がん対策推進会に参加
 - ② 地域医療支援対策協議会への参加
 - ③ がん診療連携拠点病院等の病院長とがん患者団体などの意見交換会への参加
 - ④ 行政機関の会議や開設先へがん患者の要望などを伝える
9. 参加者の話をよく聴く、相談されたことに丁寧に答える。答えられない質問の時には、専門職や専門機関、民間機関などの情報を提供する。
10. 県内の他サロンとの交流を行う。特に、西部の益田市や浜田市に開設しているがんサロンの情報共有や交流は定期的に継続している。

がんサロンの世話役の活動と役割をインタビューからまとめたが、これらの役割は全ての世話役が担っているものではない。

世話役が意識していることは、ボランティアの範囲は決して超えないということと、ボランティア活動の限界についての認識であった。しかし、その活動範囲は大変広い。これらの活動から世話役には、傾聴の技術やコミュニケーション能力、ファシリテーターの熟練性、リーダーシップ力などが必要であることがわかった。またその能力ががんサロンの交流会にも影響を与え、継続する条件にもなることがうかがえた。世話役はがんサロン以外の地域でもボランティア活動を行っていることが明らかになっている（第1章 1-3）。具体的には、民生委員や自治会活動、がん検診推進活動などであった。

インタビューから世話役は県が開催していた研修や世話役の交流会に積極的に参加していたこともわかった。これらの積極的な行動により、世話役達が連絡や協力できるネットワークを構築しており、世話役同士での支え合いが行われていることが明らかとなった。さらに、世話役達は県の研修以外にも、研修を自ら受講し、学会や患者が主催する研究会や全国大会、患者会などに積極的に参加している。これらの組織を運営している世話役もいる。これらは世話役の役割ではないが、島根県以外の情報を取り入れ、自己の能力を高められるよう努力している姿勢や活動は、がんサロンの継続の条件としてはとても大きいものと考えられた。

5-4-5. 世話役へのインタビューから見る世話役になる要因

第1章（1-3）や第2章（2-4）で述べているが、島根県の患者主導型がんサロンの成り立ちには、世話役が国や県行政機関などに陳情や要望書を提出し、がん医療や生活環境を改善しようと行動し、自分たち患者も同病者にできる支援の1つとして患者主導型がんサロンを立ち上げたことである。佐藤愛子氏は「がん医療の向上のために命を削ってきた多くの人々の意思を引き継ぎ、そして私たちを支えてくださっている多くの人々に感謝の念を持ちながら、命のバトンを引き継いでいきたいと思う。その1つがサロンではないでしょうか。」と訴えた（佐藤 2011, 2014）。この言葉を受けつぐように、その活動は全国にも広がっている（天野 2018）。また、島根県内でもがん患者が、次々と「命のバトン」を引き継ぎ、がんサロンなどの主体的な活動が広がっていった。その患者主導型がんサロンの世話役を務める要因は何かについて、世話役にインタビューで尋ねると、次の五点が明らかとなった。

第一に、がん医療の均てん化とともにがん医療へのアクセスの問題や生活問題の課題を明らかにし、その課題を解消するために国や行政に訴え、がん患者の治療や療養の質を向上させようと考えている世話役がいた。具体的には、国はがん医療水準の均てん化を掲げているが、過疎地域ではがん治療を選択することはできず、医療機器や専門職のマンパワーも都市部と大きく異なる。また、県境の山間地帯では、島根県の専門医療には公共交通が不便でアクセスしにくく、近隣県（広島県、岡山県、山口県）などで医療を受ける患者もい

る。また、先進的な医療を受けようとするれば、時間や費用もかかり、退院後の通院も難しくなるなどの問題を抱えているために、実状とその対策を要望するなどがあった。

第二に、がん検診の啓発活動を行い、教育機関で講演をするなど、自分の経験とがんサロンで聞いた同病者の思いを次世代に伝承しようと考えている世話役がいた。

世話役は「どうして私が」「早く受診したらよかった」「検査を嫌がらなければ」と言っていたがん患者のなかまたちの気持ちなどを含め、次世代の人に命の尊さを伝承したいと考えていた。伝承している場所は、がんサロン内だけでなく、医療機関や地域のがん検診啓発活動、義務教育での「命の授業」などであった。

第三に、医療者には相談できなかった生活の事柄を同病者同士が体験を語り合うことで、がん患者の生活の質をあげることと考えている世話役がいた。具体的例を1つあげると、女性特有の乳がん患者だけが集まった時に互いの術後の胸部位を見せ合い、悩みを話したということもあった。女性の患者が男性医師に理解されない症状などの様々な日常生活上の課題の解消について、がんサロンでは話し合いながら共感していたこともわかった。他人の傷口がどのようになっているのか、どのような生活上の工夫をしているのか知りたいと思うことは自然なことである。そのような生活上の話ができることは、がんサロンならではのなかまとしての関係が築かれ、生活の質をあげるために重要と考えていた。

第四に、がん患者は気持ちを自由に表現する場を求めており、同病者同士支え合いながら元気になり、癒される場の提供ががんサロンの務めと考えている世話役がいた。がん患者の世話役は、参加者が「心配をかけたくないので、家族にもつらい気持ちを話せなかった」「サロンに来たらがんに罹っている人は一杯いて自分だけじゃないと思えた」「気持ちが落ち着いた」「私も誰かに聞きたかった」などの話題がでること、また、参加者が泣くなどの感情を表現することが必要であると考えていることがわかった。それは、地域の特徴を理解し、文化的背景を知っているがん患者同士だからこそ話せる心情や悩みの吐露であり、がん患者の孤立を防ぐために必要ということであった。

第五に、患者主導型がんサロンはがん患者だけでなく、難病の患者の支援や島民の集まる機会・行事（サロンの開設記念日）としてコミュニティに働きかける活動をしている世話役もいた。具体的には、町内の一大イベントとして位置づけられている。また患者主導型がんサロンはがん患者だけでなく、難病や疾患を持っている患者や障がい者などへ広く地域に根ざして活動することも重要と考えられていることであった。

以上のことから、世話役は先人たちの軌跡から学び、住み慣れた地域で、その時代に必要なことを取り入れながら、がん患者の経験による知と知の蓄積を伝承していくことの大切さを知り、行動できる人が世話役になっていることが明らかとなった。

また、患者主導型がんサロンの世話役はサロン内だけでなく、外へも活動を広げていることも明らかとなった。世話役になる要因に共通することは、「① がん患者が各自にできる範囲での主体的なボランティア活動により

継続していた。具体的には、自らが情報を収集し地域にある社会資源を活用すること、がん患者同士や地域住民、行政職などと連携することである」「② がんサロン以外にも休息（睡眠含む）余暇活動など自分の生活や時間を取り入れている」「③ 参加者との集まりを楽しみ、がん患者のために自発的に行動や配慮ができること」であった。つまり、がんと共生し、社会的なつながりが促進され、がんであっても健康的な心身の状況にある行動をとっていることが、世話役になる可能性を高めている。これは世話役になる可能性を高める要因の結果（第4章4-5-1）と同じであったことが、本章の参与観察とインタビュー調査から明らかとなった。

5-5. 考察

5-5-1. 患者主導型がんサロンの同病者支援の特徴と効果

第3章（3-5-4）で述べた1か所の患者主導型がんサロンでの同病者支援の特徴が他の患者主導型がんサロンでも同様の傾向があるかについて検証した結果、同じことが見られ、さらに自然発生的な見守りや世話役が公的機関や地域、医療施設などと関係を築いて運営がなされたことが追加された。

5-5-1-1. 同病者の話をよくうなずきながら聞く傾聴者の存在

参加者の中には同病者の話に相槌を打ち、よくうなずきながら耳を傾ける積極的な傾聴者が存在していた（第4章4-6-3、第5章5-4-2）。「サロンはよりどころ」「楽しい場所」「居場所」「気持ちを落ち着かせる場所」などとアンケート調査票に記載されていた。このことから、参加者には、積極的に話したい人もいる一方で、聴くことで自分の内なる思考や意味を生成している人もいた。同病者の話を聞いて、見て、深く理解することで、がんになった自分の気持ちを自己開示し、がんであることを受容していくのではないかと考えられた。この受動的や自発性ともいえる行為は、あくまでも傾聴している本人の自己省察を促すためと考えられた。肯定的な心情の獲得は、同病者の集うがんサロンの重要かつ特徴的な要素といえる。今後さらなる検証を行いたい。

5-5-1-2. 参加者は躊躇することなく「がん」という言葉を使う

本研究におけるがん患者は、家族にはがんになった心情を話せないとのことであった。ところが参加者は、「私のがんは・・・」「がんになって・・・」「がんになっても・・・」とがんサロンでは「がん」を隠すことなく、心情的な変化も認め、がんについて話していた。参与観察では、がん患者の話題は同病者同士だからこそ話せる生活者としての悩みや日常生活の吐露が観察された。そのために、参加者は躊躇することなく「がん」という言葉を普通に使っていた（第3章3-5-3、第4章4-5-4）。この言葉は一般的にマイナスな印象が先立つために、

日常生活であり聞くことがない。また、口にすることも少ない言葉ではないかと考える。しかし、がんサロンではこの言葉が自然に使用されており、また頻度も高かった。このことから会話する時は言葉の制限がなく、自然と感情が表出できていると考えられた。がんサロンでの自由な表現は安心できる場所や関係だからこそその発話と考える。

がんサロンで自由な感情表現ができる安全な空間を提供することによって、参加者は医療者や家族・友人との関係を調整し（Christら 2015）、自己を回復していく過程を歩むと考える。

医療者が行っている相談業務では病気に関する相談が主であるため、がんサロンで話されている日常での生活者としての話題（表 3-10 話題の内容（要約） 54-70, 105 頁）はあまり話されていないことが明らかとなった。この話題はリーダーシップが取れるがん患者が世話役になったことで、がんという経験による知の共有が行われた。このことこそが患者主導型がんサロンの特徴と考えられる（第 3 章 3-5-4）。また、参加者の中から自発的に他者を支援できる世話役の生じる患者主導型がんサロンの重要な特徴であり、普及の重要性が示唆された。今回の調査においても同様のことが確認され、患者主導型がんサロンの特徴と考えられる。

5-5-1-3. 参加者の中に相槌を打ち、マイナスの話題は終結時にはプラスに転じる会話となる

がんサロンでは参加者は否定せずに共感して聞き、終結時は参加者の誰かが肯定的な心情へ言い換えて、参加者の全員がうなずきながら話題が終結した。また、医療者への不満の話題に対して、「そうね」と同調する人はおらず、具体的なアドバイスをしていた光景は、今回の参与観察時にも多くのがんサロンで観察された（第 3 章 3-5）。また、がんサロンでは、患者が経験してきた地域特有の知識やアドバイスを参加者同士が話し合っていた。さらに、同病者同士の対等な関係性が守られ、病気のことや個人情報を詳しく話さなくても、私一人だけの境遇ではないと知り“がんとともに生きる”という共感も育まれていた。これは、世話役だけではなく、参加者間で観察できたことから、長年継続してきた患者主導型がんサロンの特徴である。

5-5-1-4. 自然発生的な見守り

自然発生的な見守り活動（第 4 章 4-6-1）にあるように、本章の調査でも地域における同病者同士の配慮として見守りの効果が見られた。

がんサロンに参加しない理由は様々であるため、欠席しても参加者から詮索されることはなかった。

具体的なケースとして、常連の参加者が、「次のサロンでまたお会いしましょうね」と言っていた人が欠席した場合やスーパーなどの日常生活の場面で見かけなくなった参加者の話題がでることがあった。世話役には参加者自ら連絡先を教えている人もいた。その場合は、世話役を中心に他の参加者らは安否に関する情報を持ち寄り、連絡や見守り等を行う等、相談する様子がみられた。

また、近隣に居住し、偶然がんサロンで顔を合わせ、それでも会釈だけするだけの間柄だったが、最近見かけなくなったという場合にも、がんサロン内では安否についての話が上がることもある。さらに、治療開始や終了、転居、仕事を始めサロンに参加できなくなる理由を事前に話している参加者も観察できた（第4章4-6-1）。お互いを心配させないような気づかいが、参加者の適度な距離感となかま意識を育み（第3章3-5-2-1）、参加者同士の気負いや負担のない自然発生的な見守り活動につながっていると考えられる。

5-5-1-5. 同病者同士が決めるがんサロンのルールが存在

専門職が参加していない患者主導型では、がんサロン内に一定のルールや規約が存在している。がんサロンの約束は8項目ほどあり「① 匿名性と守秘義務（がんサロン内で知り得たことは誰にも話さない）」「② 話を聞く時の注意として、i. 批判や否定しない。ii. ざっくばらんに話し合う。iii. 一人の参加者だけ話し続けない。iv. 意見を押し付けない。v. 興味本位に詮索しない。vi. いない人（医療者など）の噂や悪口は言わない」「③ 話したくないことは話さなくていい」「④ 名前など個人的なことは言わなくていい」「⑤ 医療に関すること（病気や治療法など）や経済に関することは、個性があり専門性を要するので話さないが、必要時は専門職へつなぐ」「⑥ 役割を押し付けない」「⑦ 参加や退出は自由」「⑧ 営利、宗教、政治などの目的、勧誘、販売、活動などは禁止」である。

本章の調査では、サロン開設から歳月を経て世話役の進行もスムーズであり、10回以上参加している常連の参加者も多かったためか、つながりや連帯が育まれていることが認められた。また、ルールが参加者に周知されていない場合は、根拠のない治療方法などの話題や、噂話になりやすい印象がある。がんサロン参加者にルールが周知されていた場合は、時に感情的になる参加者がいても、参加者全員が話を聞き届け、その後、肯定的な言い換えや話題の切り替えがなされていた。ルールについては世話役が説明していたが、参加者が周知し行動することにより、初めての参加でも交流することができると思う。加えて、このルールは2011年から2014年の参与観察では見られなかった。このことから、同病者支援の集団としての成熟性が認められるとともに、同病者のグループとしての成熟度（第3章3-5-4、第5章5-5-4）を高める要素になるといえる。

5-5-1-6. 世話役が公的機関や地域、医療施設など関係を築いて運営

がんサロンの運営主体は、患者、家族、遺族などである。当事者らが自発的にたちあげたがんサロンの活動は、世話役が公的機関と関係を築いて運営されていることが多い。また、患者主導型がんサロンでは、がんサロンを開設している機関の専門職などが「場の提供」や「広報活動」など後方支援を担い見守っていた。

島根県では2006年に全国初の島根県がん対策推進条例が制定され、また第1期がん対策推進計画には、患者・家族の要望が取り入れられた。さらに、市区町村では最も早く、2007年には出雲市がん撲滅対策推進条

例も制定された。その双方にも、「患者会等の活動支援」が明記されており、がん対策の初めから患者の参画を進めたことは画期的なことであった。

これらの背景を踏まえて世話役は、島根県がん対策推進条例の第 2 条を基本に考えて活動していることが明らかとなった。サロン運営の自由な発想の中にも、他機関と連携をとり、国、市町村、県民、患者会等一定の規律を持っていることが明らかとなった。

この背景には、がん対策は患者運動が先導し制度化されるに至った点や、県行政が民意として、がん患者の声を聞きながら、政策を進めていた点があると考えられる。2007 年度県予算案には、「がん患者団体を支える人材育成支援事業」として 166 万円の予算を確保している（島根県 2017）。これはがんサロンを県行政が後方支援していく事を明示したことでもある。その予算の支出は、がんサロンの質を高める目的のために活用され、患者同士の情報交換、研修会、質のチェックなど年 2 回のサロン代表者が集まる交流や勉強会を実施している（原 2013, 中村 2012）。

このことを客観的に評価することは現在では難しい。島根県のがんサロン開設当時には、県内の世話役を一堂に集めて、世話役同士の意見交換会や交流会、サロンリーダー研修を県主催で行っていた。この時に築かれたネットワークは現在に至っても健在であり、がん患者同士が相談し、がんサロン開設や運営方法、助け合いなど自発的な活動を継続している。そのつながりはまた、地域住民が新たに難病などの同病者支援の仕組みにもつながっている。県行政の支援は、現在も続く島根県のがんサロンの連帯を育む支援の一端になっていた。がんサロン世話役のネットワークの基盤作りは県行政の後方支援の要であった。もちろん、リーダーシップが取れ、かつ自らが進んで学ぶ積極性があるがん患者が数多くいることが前提にあることは言うまでもない。

公的機関や医療施設内、患者団体や組織などに属していない患者主導型がんサロンは、がん患者の主体性による活動により成り立っている。その一方がんという疾患の特徴から患者だけの力だけでは活動を維持しにくいと考える。患者の自立性を尊重したがんサロンを後方から支える基盤が重要である。すなわち、がんサロンが患者中心に活動するためには、都道府県が、島根県行政のように、県のがん対策推進計画の一環としてがんサロンへの後方支援を行うことが重要であることが明らかとなった。

加えて、患者主導型がんサロンの活動の初期に、島根県県行政の行政職が視察し、参加者のがん患者のニーズを聞き、そのニーズをまとめ県がん対策を考えていた。その 1 つが島根県の患者・家族を含めた住民、医療機関、行政、議会、企業、教育機関、メディアが一体となった“七位一体”の取り組みであった。県民や様々な機関をつなぐがん対策は県行政だからこそ成し遂げ、可能にしたものであった。

5-5-1-7. 参加の申請や登録、費用などの手続きがない同病者の集いの場

本章の調査では、がんサロンは自由退席で事前予約は不要であった。また、登録制・会員制、記名簿などではなく、匿名で参加できる。費用は無料であり、会費・入会金などの個人負担はなかった。しかし、一部であるが参加者からの発案でお茶代として参加時に100円から200円ほど集めているがんサロンがあった。

参加方法と参加の申請や登録、費用などの手続きがないことは、サロンへの参加を容易にしていると考えられる。また世話役もがん患者という同じ立場にあることから、対等であるという考えが基盤にあり、その中で金銭のやり取りや管理、会計報告などがなく、長期継続を可能としている条件と考えられる。これは20年ほど継続運営している精神疾患のサロンでも同じ傾向が報告されている（浅野 2021）。

さらに、参加者は複数のサロンに参加していることもめずらしいことではなかった。がんサロンは参加料や事前登録制もないため、気軽に参加でき、好みのがんサロン探しや同病者を探すことも可能であった。そのことが、遠方地域において同病者と人的交流が育まれることにつながっている。また、世話役は「自分に合ったサロンを探してね」「時間があって近くに行くなら寄ってみてね」と他のがんサロンも紹介していた。

5-5-2. 世話役になる可能性に影響する要因と世話役の活動や役割の関係

第4章の同病支援者（世話役）になる可能性に影響のある5要因の分析結果と世話役の活動や役割との関係を次に述べる。がんサロンの交流会では、初めての参加者がいる場合、世話役が匿名制などのサロン内のルールを簡単に説明していた。そして自己紹介は名前を言わないで、次のように、「私は〇〇がんでがん歴△△年です」「〇〇がんで再発して治療中です」と匿名の自己紹介の方法を説明する。そして一人ずつ自身のがん種を含めた自己紹介が始まる。その後、日常生活のさりげない話題から、がんで悩んでいることや困っていること、がんになって気がついたことなどが自然と話されている（第3章 3-5-3）。話題がない時は、世話役が日常の身近な話をして、また自然に会話が再開される。会話がなく沈黙があっても特に気まずい雰囲気にはなることはなかった。さらに、参加者一同がたびたび笑う場面もみられ、長年継続しているがんサロンのなかまとしての連帯が感じられた。

がんサロン開設から歳月を経て世話役の進行もスムーズであり、10回以上参加している常連の参加者も多かったためか、つながりや連帯が育まれていることが認められた（第3章 3-5-2, 第5章 5-5-1）。がんサロンの参加は個人の自由意志に基づいていることが、結果として、参加者の継続参加につながると考えられる。そのためには、がんサロンのルールなどの共有が連帯を育み、長期継続には重要であることがうかがえた。また同病者としてグループとしての成熟度を高める要素になるといえる。このようにがんサロンの世話役の役割や活動はサロンの参加者の連帯を得るためには大きいことが明らかとなった。

第5章では、世話役の活動や役割は多岐あることが明らかとなった。例えば、がんサロンの企画運営、教育機関への活動、県内のがん対策推進のための活動や、行政と連携したがん予防・検診啓発活動、県内のがん対策推進のための活動、全国に向けたがんサロン普及活動などが挙げられる。長年世話役を担っている人には、傾聴の技術やコミュニケーション能力（白井 2017）、ファシリテーターとしての熟練性、リーダーシップ、参加者やサロン関係者と相談する協調性なども必要であった。またそれらは患者主導型がんサロンにおける患者同士の交流にも影響を与えることを多くの世話役は理解していた。また世話役は、自ら学び自己の能力を高められるように努力する姿勢が見られ（第3章3-5、第5章5-4-4）、県が開催する交流会や研修などに参加し、世話役同士のネットワークを作り、支え合っている関係を継続させていることが本調査でわかった。

次に、第4章では、このような世話役になる可能性に影響を及ぼす要因としては、「地域における同病者同士の配慮を行う」「休息（睡眠含む）や余暇活動を取り入れられるようになる」「セカンドオピニオンや病院選び等の知識が深まる」の3点が解明された（第4章4-5-1）。これらの要因に共通することは、がん患者が主体的に活動していることである。がん患者が主体的に同病者支援の活動に従事するためには、自ら情報を収集し、地域にある社会資源を活用し、がん患者同士や地域住民などと連携する必要がある。参加者は個人の内的な側面から、アクティブな生活領域へと向かっている段階と考えられる。がんと共生し、社会的なつながりや参加が促進され、がんであっても健康的な心身の状況にある行動をとっていることが、世話役になる可能性を高めるといえる。

一方、非世話役に留まる可能性を高める要因としては、「自分の病気について家族に話すようになる」「医療関係者とのコミュニケーションが図りやすくなる」の2点が考えられた（第4章4-5-2）。非世話役から同病者支援者（世話役）になるには、患者の身体的・心理的な状態が大きく影響を与えている。がんサロン参加者には、現在治療をしていない定期経過観察中のがん患者が6割ほど存在した（第4章4-4、第5章5-5）。治療をしていない人にとって、年1度の定期検診程度では、医療者とのコミュニケーションを取る機会もないに等しく、世話役となる可能性に影響を与える要因とはなり難いといえる。

以上のこととがんサロンの実態から、がん患者の世話役の主体的なボランティア活動で成り立っていることが明らかとなった。また、がんという病と共に生きるがん患者たちが自ら住む地域で、同病者支援を自らができる範囲でボランティア活動として行っていた。そのために、各がんサロン間の交流までをがん患者が拡大する事は体力的にも難しい。地域行政や医療施設等はがん患者たちの主体的なボランティア活動に依存するだけでなく（寺田ら 2013）、後方支援を行うことが重要である。

世話役が地域行政や医療施設等に求めている具体的な支援は、がん患者が主体的に活動できるように、無料の場所を提供してほしい。また、がんサロンの広報活動に協力してほしいなどを求めている。特に広報活動として、医療関係職や行政職から、がん患者にがんサロンの紹介をしてほしいとの世話役からの要望は多くあ

った。がん患者にとっても身近な専門職や行政職ががんサロンの内容を説明すると参加しやすくなるであろう。そのためにも、世話役はがんサロンの活動を開設している機関の医療者などにはもっとがんサロンを理解してほしいと考えていた。

これらのことから、都道府県行政の役割として考えられることは、がん患者が主導的に運営しているがんサロン同士の横のつながりを築き、都道府県全域での同病支援者同士のネットワークの拡大に向けた支援が求められる。その理由は、がんサロン開設当時から、定着するまでの島根県の県行政や県庁スタッフの活動から学ぶことができよう（第2章2-4-6）。具体的には、同病者同士が互いに運営などの方法や課題を学び合えるように、各がんサロン間の交流を持てる機会を積極的に企画し実施することである。それは、がん患者の同病者支援としてのボランティア活動を支えることだけでなく、がん患者ががんサロン外の交流を促進することにもなる。その結果、地域での同病支援者を増やすことにもつながるであろう。

5-5-3. 患者主導型がんサロンの課題

患者主導型がんサロンは効果があることが解明されたが、医療者が介入していないために、運営の課題は六点あった。

第一に、医療者にはがんサロンの実態が捉えにくく、理解してもらいにくいために、がん患者へのがんサロンの周知や広報の課題がある。がんサロンのチラシなどの広報紙は、医療施設（内）、地域の広報誌、地域新聞、県のがん対策ホームページなどで掲載されている。がんサロンを知るきっかけを今回のアンケートで尋ねているが、その結果では、がんになってからがんサロンを知った人が多かった。その内訳は、同病者からの紹介（18件）が圧倒的に多かった。順に、がんサロンの開催看板やイベント（9件）、医師以外の医療関係者（8件）、広報誌（5件）、家族・友人（各4件）、医師・職場の人（各1件）などであった。今回はインターネットからの情報収集はなかった。その他にはピア・サポーターからの紹介、地域の行政職員（保健所や福祉関係）からの紹介、入院中の院内放送で知ったなどがあった。がんサロンの実際の活動まではわからないことから、参加者の口コミや紹介、保健・医療・福祉職者などからの紹介は効果があったと示唆される。医療関係者の周知が広がれば、新規の参加者の拡大も見込まれるであろう。

第二に、スムーズな世話役の世代交代の課題がある。これは長年に安定して継続されていたサロンの世話役の心身活動の変化と高齢による健康不安などがある場合、世話役からサロンの運営などを学んだ新たな世話役へと世代交代が必要になってくると考える。サロンでは後継の世話役の担い手を探していることも明らかになった。このことは、第4章で明らかになった世話役（同病支援者）になる可能性に影響を及ぼす5要因と、がんサロンに参加している世話役（同病支援者）と非世話役（一般の参加者）になる可能性の有無を判

別するモデル（中村モデル）の回帰式を用いることで、同病支援者（世話役）になる可能性の高い人と、非世話役に留まる可能性が高い人とを数値化し予測することを見出す可能性があるのではないかと考える。

第三に、会場確保やイベントなどの運営費の課題がある。島根県の患者主導型がんサロンでは、サロンを開設維持するのに経費はほとんどかからないと多くのサロンの世話役が話していた。会場費や光熱費などは開設している場が無償で提供していた。ただ、公的機関の後方支援を受けていない地域サロンが継続維持するためには、会場費の負担が大きいことが明らかになったことから、患者主導型がんサロンの地域サロンの運営をどのように支えるかが課題である。また、勉強会や研修会などはボランティアで医療専門職や市民が関わっていた。イベント開催などには経費や会場費などの経費が必要になるが、多くのサロンではバザーや寄付、無償の後方支援などに支えられていた。これらの課題は運営に直結する大きな課題である。

第四に、がんサロンの運営主体と設置主体など責任の所在についての課題がある。患者主導型がんサロンでは、専門職は后方支援を担いながら、世話役やがんサロンに干渉することはなく、がんサロンを見守ることが多かった。医療専門職が介入していないがんサロンは医療専門職がサロンの活動実態を捉えにくく、がんサロンの効果などを客観的に評価することは難しいことがわかった。このことは、医療専門職ががん患者をサロンに紹介しにくいことにもつながっているとうかがえた。また、医療専門職として、がんサロンに参加し心理的にマイナスの影響を受けてしまった参加者へのケアの責任の所在（那須ら 2018）などが明確でないことも、社会資源として他の患者に勧めにくい要因であろう。

第五に、がんサロンの開設の時間や男性がん患者が通いやすいがんサロンの開設の課題がある。がん患者は地域でがん患者同士が無料で気軽に集える場を求めていることが明らかとなった。がんサロン参加者は女性が多いが、男性の参加者も一定数おり、また世話役の約半数が男性であったことから、男性のがん患者が通いやすいがんサロンを考えることも今後の課題になると考えられた。さらに、がん患者の健康や生活の安定を考えるならば、それぞれが通える範囲のがんサロンで、同じ状況にある同病者に出会えることが最も望ましい。加えて、就労が開始されると昼間に開催しているがんサロンには参加したくても参加しにくいという人が多かった（第5章 5-4-2）。がんサロンの開設場所が公的機関の場合は、夜間や休日に開催しにくい実情が明らかとなり、この点はがんサロンの今後の課題であろう。

第六に、がんサロンは患者などのボランティアの自主的な活動と位置づけられやすい。患者たちだけの運営は課題が多くなる、もしくは世話役の体調不良や長期不在になると不安定な運営基盤となりうる。后方支援を担う県行政や公的機関・専門職が、患者の主体性を尊重しながら、いかに維持するかは課題がある。患者主導型がんサロンは効果があることが、本研究で解明されたことから（第4章 4-4）、第4期がん対策推進基本計画とともに、政府はがんサロンの后方支援の運営方法を明らかにすることが重要である。がんサロンが患者中

心に活動するためには、都道府県は島根県行政を参考にし、県のがん対策推進計画の一環としてがんサロンへの支援を計画することが重要である。

以上のことから、がん患者を中心とした活動を、地域社会が認知し、がんサロン運営の理解と共に協力体制があることが、登録料や活動費などの費用が発生しない患者主導型がんサロンの継続運営を可能にする重要な点と考えられた。

今後、人口が減少し医療施設の縮小が懸念される。海外では既に一般的にインターネットを用いたサポートが盛んであり (Benderら 2008, Hoeyら 2008)、がんサロンの展開も今後の支援方法の1つとして考えられる。ただし、自宅でのコンピューターの保有率の課題やがん患者は高齢者が多いことから、インターネットの利用はがん患者のデジタルリテラシーに差があるために対面でのグループ活動と同じように恩恵を示すとは限らない (Leporeら 2019) とも考えられ、今後の課題とする。

現に島根県の離島ではオンライン化が進んでおり、島根では医療情報ネットワーク「まめネット」は県内をむすぶヘルスケアのネットワークがあるので、それを患者支援としても有効に活用することもできよう。本研究の範疇を超えているため推測の域を出ないが、2020年から続いている新型コロナウイルス感染症の拡大によって、都市部のがんサロンではオンライン化が促進されている。今後は、日本でもオンライン交流と対面交流の両方が取り入れられたハイブリッド型がんサロンや遠隔地との交流など地域をつないだがんサロン間の交流も、がん患者の地域支援として現実味を帯びると考えられる。

5-6. 第5章のまとめ

本章では、第4章の「類型化に基づく患者主導型がんサロンの効果に関する仮説検証」のアンケート調査と同時に参与観察と世話役へのインタビュー調査を実施した結果を論じた。

調査の目的は、第3、4章の患者主導型がんサロンの特徴と効果、課題を補足、確認し、実際の患者主導型がんサロンの効果を明らかにすることである。第4章の世話役（同病支援者）になる可能性に影響を与える要因と実際の世話役の役割を明らかにする。さらに、がん患者の参加者の中から自発的に他者を支えることのできるリーダー的存在の世話役が生じるサロンの運営と普及の可能性について明らかにすることであった。

対象は患者主導型がんサロンの17か所で、イベント実施中や活動休止しているがんサロンを除く13か所であった。インタビュー調査は17か所の各がんサロンの世話役19人に行った。

患者主導型がんサロンの効果では次の九点が明らかとなった。

第一に、調査対象の患者主導型がんサロンの実態であるが、開設経緯は、全てがん患者が地域のがん患者のために自発的に行動し開設された。また、活動目的は癒し、交流、情報交換である。頻度は週 1 回から月 1 回とさまざまであったが、開催時間は午前と午後のどちらかの 2 時間程度が多かった。活動内容は、交流、語り合い、情報交換、勉強会、行事やイベント、バザー、検診普及啓発活動などがあった。

しかし、毎回参加するメンバーが異なり、そのためがん患者の数だけ多様な体験があることから、がんサロンの活動はどれ一つとして同じようには進まないことが確認された。長期継続している患者主導型がんサロンには匿名性や守秘義務などのルールが存在し、参加者が厳守していたことが、がんサロンのグループとしての成熟のあらわれとうかがえた。また交流の進行は世話役が行っており、4 つの交流のスタイルが観察された(第 5 章 5-4-3)。柔軟に対応していたことも、長期継続していた患者主導型がんサロンの特徴であった。

第二に、サロン参加者の会話では、参加者のがん患者から「がん」という言葉が自然に言われ、頻度も高かった。この言葉は一般的にマイナスな印象があるために、日常生活の中であまり話されることはない。話題には、「がんになったことによる否定的な気持ちの表出」が多くみられ、患者同士の会話には不安や悲観的なものもあるが、その一方で肯定的な発言も多く、笑顔や笑い声も多く見られた。それは、同病者同士の生活者としての日常生活の話題であったことが明らかとなった。第 3 章と第 5 章の参与観察のいずれも同じ傾向が観察された。がん患者の参加者の中から自発的に他者を支援できる世話役の生じる患者主導型がんサロンの重要な特徴であり、普及の重要性が示唆された。

第三に、患者主導型がんサロンの参加者(非世話役)の特徴は、がん患者が多く、少数ではあるががん患者に付き添って参加する家族、遺族の参加が観察された。また、第 4 章調査の対象外であった告知直後のがん患者や 10 回未満の参加者は数名だけが観察された。

がんサロン参加者は、自らの状態やがんの治療方法について理解していた。その理由として、今回の調査では、病期が告知や治療初期ではなく、ある程度客観的に捉えられる時期に至ってから参加を始めている参加者が多いことが明らかとなった。

また前述の「第二に、サロン参加者の会話」も含めると、自らががん患者であるからこそ、同病者から今後どのようなことが起こるのか、患者自身が対処できる日常生活の話題が多かった。また、地域での身近な困りごとの話題も多かった。このことから、患者主導型がんサロンに参加する人は、がんを隠すことなく、自由に会話し、同病者同士で体験を、わかち合いたい人が集まっているとうかがえた。

このことから、患者主導型がんサロンは共感できるロールモデルとの出会いの場になっており、参加者同士が直接対話をすることで自らの生き方を考える機会となっていると考えられる。また参加することによって、同病者との関わりが増え、同病者への支えや新たな役割の獲得をするのではないかと考えられた。

第四に、患者主導型がんサロンのがん患者の世話役の特徴は、次の 5 つがあった。「① がん患者のために主体的に活動し配慮が行えた」「② 参加者との集まりを楽しんでいる」「③ 先人たちの軌跡から学び、住み慣れた地域で活動していた」「④ がん患者の経験による知と知の蓄積を伝承していくことの大切さを知り行動していた」「⑤ 自分が世話役をしているがんサロンの独自性や意義、使命を考えられる」ことであった。世話役はがんサロンだけでなく、地域でも様々な活動をしていることも明らかとなった（第 5 章 5-5-2）。

第 4 章で明らかになった世話役（同病支援者）になる可能性に影響を及ぼす 5 要因（第 4 章 4-4-4）と、本章で共通することは、世話役は、がん患者だけでなく地域住民とも良好な関係を築いていることがわかった。また、地域にある社会資源などの情報を収集、活用し、専門職や行政職などとの協力や連携を行っていた。さらに、休息（睡眠含む）余暇活動など自分の生活や時間を取り入れており、がんサロンは自身ができる範囲での主体的なボランティア活動であり、その限界を理解しながら世話役を継続していたことである。つまり、世話役は社会的なつながりを大切にし、がんであっても健康的な心身の状況にある行動をとっていることが、世話役になる可能性を高めるといえた。これは世話役になる可能性を高める要因の結果（第 4 章 4-5-1）と同じことが明らかとなった。

これらのことから、医療者の介入が少ない患者主導型がんサロンの中で、自分の存在意義と役割を新たに獲得し、世話役という同病支援者のリーダーとなる。これらの特徴は参加者の中から自発的に他者を支えることできるリーダー的存在である世話役が誕生する患者主導型がんサロンの運営と普及の必要性とも重なった。

第五に、世話役（同病支援者）の活動と役割では次の 4 つに分けることができる。「① サロンでの交流会やイベント開催の企画運営」「② 広報活動」「③ 医療専門職や機関と連絡」「④ サロン外の地域での活動」である。① から ③ はサロン内の活動と役割、④ はサロン外の地域での活動と役割であった。④ のサロン外の地域での活動と役割には、教育機関（小・中学校、医学部・看護学部など）への「命の授業」などのがん教育、行政などと連携したがん予防・検診普及啓発活動、県内のがん対策推進のための活動、県がん対策推進会に参加、島根県がん対策推進協議会委員、がん診療連携拠点病院等の病院長とがん患者団体などとの意見交換会、地域医療支援対策協議会、行政機関の会議や開設先へがん患者の要望などを伝えることなどがある。これらの役割は全ての世話役が担っているものではないが、幅広い活動と役割を担っていた。

第六に、患者主導型がんサロンは次の 12 の特徴があった。「① 参加は本人の自由意志に任されている」「② 同病者同士の対等な関係性がある」「③ 同病者同士が決めるがんサロンのルールが存在する」「④ “がんとともに生きているがん患者”の存在を知り共感が育まれる」「⑤ 参加者は『がん』という言葉を使い、会話に制限がない」「⑥ マイナスの話題は終結時にはプラスに転じる会話となる」「⑦ 日常の生活の話題から地域での具体的な情報を得られる」「⑧ 相談相手を自分で選べ、その患者が経験してきた知識やアドバイスを得られる」「⑨ 他者の話を傾聴するだけの参加者の存在がある」「⑩ 自然発生的な見守りが発生していた」「⑪ 患

者が運営しているが世話役は公的機関や医療施設などと関係を築いて運営している」「⑫ 会員登録や申請等の手続きがなく個人負担がない」であった。特に参与観察調査から得られた、積極的な傾聴者の存在と、見守り活動は重要な特徴であり、また患者主導型ががんサロンの効果といえよう。これら 12 の特徴は第 3 章の患者主導型がんサロンの同病支援の特徴（第 3 章 3-5-4）と同じことが確認された。

第七に、患者主導型がんサロンの課題は 6 つあった。「① 医療専門職ががんサロンの実態を捉えにくいことから、がんサロンの内容をがん患者に伝えにくい」「② スムーズな世話役の世代交代」「③ 会場確保やイベントなどの運営費などの費用」「④ がんサロンの責任の所在」「⑤ がんサロンに関するニーズの掘り起こし（具体的には開設の時間や男性がん患者が通いやすいがんサロンの開設など）」「⑥ 患者などのボランティアに運営を依存している不安定な運営の基盤をいかに維持するか」の課題があった。

第八に、患者主導型がんサロンの効果として参加者の中から自発的に他者を支援できる世話役が生じることが解明され（第 4 章 4-7）、がんサロンの普及の重要性も明らかとなった（第 3 章 3-5、第 4 章 4-7）。普及に向けては、世話役などのがん患者だけでなく、住民、県行政職、保健医療福祉関係者、教育関係者、企業やマスコミなどの関係者が協力し、患者主導型がんサロンの活動の後方支援を行うことが重要である。

都道府県行政の役割として考えられることは、がん患者が主導的に運営しているがんサロン同士の横のつながりを組織的に作り、都道府県全域での同病支援者同士のネットワークの拡大が求められる。その理由は、がんサロン開設当時から、定着するまでの島根県の県行政や県庁スタッフの活動から学ぶことができよう（第 2 章 2-4-6、第 5 章 5-1）。具体的には、同病者同士が互いに運営などの方法や課題を学び合えるように、各がんサロン間の交流を持てる機会や場を積極的に企画し実施などがある。その結果、この時に築かれたネットワークは現在に至っても健在であり、がん患者同士が相談し、がんサロン開設や運営方法、助け合いなど自発的な活動を継続している。がん患者の同病者支援としての活動を支えることだけでなく、地域での自然発生的な見守り（第 4 章 4-6-1、第 5 章 5-5-1）などの同病者同士の配慮を行うことにまで発展している。世話役をしたからなのかは不明であるが、世話役はがんサロン以外の地域でのボランティア活動を行っていたという事実があった。加えて、地域では、患者主導型がんサロンは新たに難病者のサロンなどの同病者支援の仕組みにもつながっていたことが明らかとなった。

島根県県行政が行っていたように行政職が患者主導型がんサロンの活動を視察し、参加しているがん患者のニーズを聞き、そのニーズをまとめ県のがん対策を考える。そしてまた、島根県の患者・家族を含めた住民、医療機関、行政、議会、企業、教育機関、メディアが一体となった“七位一体”の取り組みをまとめ、人々を結びつけ、機関をつなぐがん対策は県行政だからこそ成し遂げ、可能にしたものであった。

がんサロンが患者中心に活動するためには、都道府県が、島根県行政のように、県のがん対策推進計画の一環としてがんサロンへの後方支援を行うことが重要であることが明らかとなった。

第九に、長期に安定して継続運営しているがん患者主導型がんサロンには、自発的に他者を支えることのできる患者である世話役（同病支援者）の存在が重要であることが本研究から明らかとなった。その一方で、がん患者主導型がんサロンの課題には、新たな世話役の担い手に引き継ぎ、スムーズな世代交代がある。

この課題については、本研究の成果である第4章の本調査の世話役（同病支援者）になる可能性に影響を及ぼす5要因と、患者主導型がんサロンに参加している世話役（同病支援者）と非世話役（一般の参加者）になる可能性の有無を判別するモデル（中村モデル）の回帰式を用いることで、世話役になる可能性の高い人と、非世話役に留まる可能性が高い人とを数値化することが可能ではないかと考える。この点については、今後さらなる研究の必要性がある。

引用文献

- Bender, J. L., O'Grady, L. and Jadad, A. R. (2008) Supporting Cancer Patients through the Continuum of Care: A View from the Age of Social Networks and Computer Mediated Communication. *Current Oncology* : 15 (2), pp.42-47.
- Hoey, L. M., Ieropoli, S. C. and White, V. M. eds. (2008) Systematic review of peer-support programs for people with cancer. *Patient Education and Counseling* : 70 (3) , pp.315-337.
- Lepore, S. J., Rincon, M. A., Buzaglo, J. S. eds. (2019) Digital literacy linked to engagement and psychological benefits among breast cancer survivors in Internet-based peer support groups. *European Journal of Cancer Care* : 28 (4), pp.1-8.
- 浅野美恵子 (2021) 深い想いに引きずられて「そよかぜサロン」の二〇年. *こころの科学増刊 山本昌知の臨床作法*. pp.31-35.
- 天野慎介 (2018) 「命のバトン」をつなぐ「がん対策基本法」の改正に向けて. *ヨミドクター* (2016年5月2日) .
<https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20160502-OYTET50024/>
<https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20160502-OYTET50024/2/> (2022年9月1日アクセス可能)
- 五十嵐友里・大矢浩之・布谷玲子 他 (2017) 親子を対象にしたがんの心理教育が親の養育の自信と子どもの問題に与える影響. *公益財団法人 明治安田こころの健康財団 研究助成論文集*: 53, pp.18-25.
https://www.my-kokoro.jp/books/research-aid-paper/vol53_2017/pdf/mykokoro_research-aid_paper_53_03.pdf (2022年9月1日アクセス可能)

- 上野創 (2018) 声上げたがん患者らの「バトン」受け取って、つないで. 朝日新聞デジタル (2018年2月1日).
<https://www.asahi.com/articles/ASL1W7DCGL1WUQIP00W.html> (2022年9月1日アクセス可能)
- 厚生労働省健康局がん・疾病対策課 (2018) 平成30年 全国がん登録 罹患数・率 報告.
<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000794199.pdf> (2022年9月1日アクセス可能)
- 島根県 (2006) 島根県がん対策推進条例 (島根県条例第 48 号 平成 18 年 9 月 29 日).
<https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kenko/gan/shimanetorikumi/index.data/zenbun.pdf> (2022年9月1日アクセス可能)
- 島根県 (2008) 島根県がん対策推進計画 平成 20 年 3 月.
<https://www.pref.nara.jp/secure/6699/simane.pdf> (2022年9月1日アクセス可能)
- 島根県 (2017) 平成 19 年度しまねがん対策推進事業.
<https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kenko/gan/shimanetorikumi/index.data/H19yosan.pdf>
(2022年9月1日アクセス可能)
- 白井由紀 (2017) がん医療におけるコミュニケーション. ファルマシア 53 (6), pp.540-544.
https://www.jstage.jst.go.jp/article/faruawpsj/53/6/53_540/_pdf/-char/ja (2022年9月1日アクセス可能)
- スピーゲル, デーヴィッド・クラッセン, キャサリン (2009) がん患者と家族のためのサポートグループ. 東京都: 医学書院.
- 寺田佐世子・堤豊 (2013) 患者のボランティア精神に依存するがん患者支援対策にもの申す. 医学の歩み : 244 (7), pp.636-639.
- 中村明美・栗田修司 (2019) 地域におけるがん患者の見守りシステムに関する研究 -がんサロン参加者と宗教者との関わり. 日本仏教社会福祉学会第 54 回学術大会・発表要旨集, pp.36-37.
- 那須さとみ・堤かおり (2018) がんサロンに違和感をもつ成人期がんサバイバー A 氏の体験. 日本看護科学学会学術集会講演集 : 38, P2-10-36.
- 放送大学大学院 臨床心理学プログラム 小林研究室 (2019) 親ががんになったとき 子どものために学校にできること -第2版-. https://hope-tree.jp/wp-content/uploads/2021/11/oyagaganninattatoki_v2.pdf
(2022年9月1日アクセス可能)
- 守田直樹 (2013) 患者・病院・行政が連携し, がん医療向上を目指す「島根システム」に全国が注目 患者が声を上げて主体的に動けば, がん医療は変わる! がんサポート.
https://gansupport.jp/article/patient_and_organization/patient01/4585.html (2022年9月1日アクセス可能)

若尾文彦 (2016) 親ががんになったとき -がん患者さんと子どもへの支援-. 国立がん研究センター第4回がんサバイバーシップ オープンセミナー (2016年2月17日), p.90.

<https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/05survivor/pdf/04OS.pdf> (2022年9月1日アクセス可能)

第6章 総合考察

本章では、島根県のがん患者やその家族が地域で自発的に設立し、10年以上にわたり継続的に運営している「患者主導型がんサロン」をフィールドに、医療専門職が運営しない患者主導型がんサロンに注目して、その効果と、そのサロンに参加するがん患者が同病支援者となる可能性に影響を与える要因を明らかにすることを研究の目的として、先行研究とともに3つの質的及び量的調査を実施した。患者主導型がんサロンの同病支援者となり得る要因の解明から、がん患者は単に患者としてだけでなく、同病支援者となり得ること、加えて、がんという共通体験を通じた関係だからこそ、同病者の気持ちに寄り添い、支援される経験（支えられる）と支援する（支える）経験が効果的に作用し合う支援関係があることが明示された。総合考察とともに、本研究の限界と今後の展望を示す。

項目としては、「6-1. 患者主導型がんサロンにおけるがん患者の話題の類型化」「6-2. 類型化に基づく患者主導型がんサロンの効果に関する仮説検証」「6-3. 患者主導型がんサロンの効果」「6-4. 本研究の限界と今後の展望」である。

6-1. 患者主導型がんサロンにおけるがん患者の話題の類型化

調査研究1として、第3章では、患者主導型がんサロンで参与観察調査を行い、参加するがん患者の会話を基に、話題の類型化を行った研究である。加えて、次章の患者主導型がんサロンの効果の仮説の生成につなげた。

調査の目的は、患者主導型がんサロンに集うがん患者の会話を基に、話題を類型化し、がん患者の生活者としての体験や悩み、課題を体系的に明らかにすることである。

調査研究1では、次の七点が明らかになった。

第一に、がん患者の話題の類型化の結果は、がん患者の会話を基にした話題の総数は105件、種別数84種となった。類型化により、がん患者の話題は、種別数84種の話題から42中分類の類型を得た。その後、42中分類を先行研究に依拠する医療専門職の相談にあった定義の11大分類にあてはめた。あてはまらなかった異なる傾向を示す17件・6中分類の話題から、「肯定的な心情」「同病者との交流」「地域における同病者同士の配慮」の新たな3大分類を創生した。新たな3大分類は医療専門職の相談業務にはなく、また異なる傾

向を示したため、患者主導型がんサロンの同病者支援の特徴や効果が示された。最終的には、新たに3大分類を創生し、追加と再構成することで14大分類と42中分類の類型化を得た。

本研究の成果として、医療専門職が行っている相談業務には、11分類であったものが、患者主導型がんサロンの会話録では14大分類と42中分類の類型となったことが、患者主導型がんサロンの調査の大きな成果である。

第二に、がん患者の話題の全体に、同病者同士だからこそ話せる生活者としての悩みや日常生活の吐露が観察された。話題数で最も多い分類は、日常生活についてであった。大分類【10.日常生活】20件と大分類【8.社会生活】8件の計28件がそれにあたる。これらの話題は、全ての参与観察で確認されており、医療専門職の相談にはあまりなかったことから、患者主導型がんサロンの話題の特徴であることや、参加者のニーズの表れと考えられた。また治療費の負担や生活費など、状況によって異なる大分類【5.経済面】の話題は4件と話題が少なかったことから、同病者同士では話しにくい話題であることが明らかとなった。

さらに14大分類42中分類の話題を類型化したことによって、各分類を横断している話題があることが明らかになった。横断していた話題から、がん患者の生活者としての体験や悩みと課題は「1. 治療や気持ちを分かち合える場所と同病者とのつながりが欲しい」「2. 子どもへの告知方法」「3. 外見の変化を補完する整容品の工夫」「4. 家庭内や職場での役割の変化」があることが明らかとなった。

第三に、参与観察から、患者主導型がんサロンは共感できるロールモデルとの出会いの場になっており、参加者同士が直接対話することで自らの生き方を考える機会となっているとうかがえた。また参加することによって、同病者との関わりが増え、新たな役割の獲得をすることで考えられた。

第四に、創生した新たな3大分類「肯定的な心情」「同病者との交流」「地域における同病者同士の配慮」は、医療専門職のインフォームド・コンセントに基づいた医療や社会資源の情報では補うことができない、がんという経験を通し、病気とともに歩むための生活上の創意工夫など、同病者間の経験による知（安藤 2021, 向谷地 2017）の共有と蓄積の活用という同病者支援ならではの支援機能があることが示唆された。加えて、同病者である世話役のがん患者が主導したサロンだからこそ、追加3分類の患者の生活問題の会話の吐露があると考えられる。したがって、がん患者の参加者の中から自発的に同病者を支援することができるがん患者の世話役が誕生することが、患者主導型がんサロンの運営と普及に重要であると考えられた。

第五に、参与観察により患者主導型がんサロンの話題の類型化から明らかになったことは、がん患者は患者主導型がんサロンに参加して、会話をすることで支援し合う体験を重ね、同病者を支える経験が獲得できる。また、がんという共通体験を通じた関係だからこそ、同病者の気持ちに寄り添い、支援される・支援する経験が効果的に作用し合う関係になるとうかがえた。これは、患者主導型がんサロンの独自性であるとうかがえた。その点において、専門職から支援を受ける患者という一方向の関係でないことがわかった。

つまり、患者主導型がんサロンにおいて、がん患者が自主的に参加すること自体が、既に、同病者同士が自然発生的に支援し合うというグループワークの効果があることが明らかとなった。

第六に、患者主導型がんサロンの世話役はファシリテーションが行え、またルールなどの決まり事や同病者同士の経験による知を伝承するなどを同病者の中でも行えるがん患者が世話役になっていることがわかった。加えて、世話役は、患者主導型がんサロンの独自性の理解や、自分が参加している患者主導型がんサロンの特性について理解しているとともに、サロンの意義や使命を考え、やる気のある人がリーダーシップをとり、同病者の世話役となっているとうかがえた。このことから医療専門職の介入が少ない患者主導型がんサロンの中で、自分の存在意義と役割を新たに獲得する人が、世話役ともなりうるのではないかと考えた。

第七に、患者主導型がんサロンは同病者同士のなかま（仲間）と一緒にいる時間と空間を共有する三間が重要である。それにより、患者主導型がんサロンは同病者同士が、経験による知と知の蓄積を伝承していく場になると考えられた。

最後に成果として、同病者である世話役のがん患者が主導したがんサロンだからこそ、先行研究に依拠する医療専門職の相談では 11 大分類であった類型は、新たに 3 大分類を創生し、追加と再構成し、患者主導型がんサロンの話題では 14 大分類となった。このことが、患者主導型がんサロンの話題の類型化の調査の大きな成果である。

6-2. 類型化に基づく患者主導型がんサロンの効果に関する仮説検証

調査研究 2 として、第 4 章では、第 3 章の「患者主導型がんサロンにおけるがん患者の話題の類型化」を基に、患者主導型がんサロンの効果の仮説を生成し、アンケート調査を実施し患者主導型がんサロンの効果について仮説検証を行った研究である。

研究の目的は、患者主導型がんサロンの効果を明らかにする。その過程で、同病支援者（世話役）になる可能性に影響を与える要因を明らかにすることであった。

がん患者の参加者の中には自発的に他の参加者を支援する世話役と一般の参加者の非世話役がいた。また非世話役の中から世話役（同病支援者）が誕生するという患者主導型がんサロンの効果に着目し、世話役を同病支援者として、非世話役を一般の参加者として両者を比較分析した。その結果から、患者主導型がんサロンには効果があることが解明され、特に、がん患者が世話役（同病支援者）になりやすい要因と、非世話役（一般の参加者）に留まる可能性を予測する要因を特定した。さらに、その結果、世話役（同病支援者）になる可能性が高まる 3 要因と、非世話役に留まる可能性が高い 2 要因の計 5 要因が示唆された。

世話役（同病支援者）になる可能性が高い要因は、「1. 地域における同病者同士の配慮を行う」「2. 休息（睡眠含む）や余暇活動を取り入れられる」「3. セカンドオピニオンや病院選び等の知識が深まる」であった。この3項目の共通点は個人の行動は自己の内面から、友人、組織、地域社会に広がり行動を起こしていることである。これはがんと共生し、社会的なつながりや参加が促進され、がんであっても健康的な心身の状況にある行動をとっていると考えられる。

一方、非世話役に留まる可能性が高い2要因は、「4. 医療者とのコミュニケーションが図りやすくなる」「5. 自分の病気について家族に話すようになる」であった。医療主導型がんサロンにおいて、医療者ががんサロンのリーダーを選ぶときに、医療者とコミュニケーションが図りやすくなったがん患者を指名しやすい。医療者とのコミュニケーションが図れることは重要なことであるが、同病支援者になるという要因にはならなかった。

逆説的に世話役（同病支援者）になる可能性が高まる要因として考えると、「4. 医療者とのコミュニケーションが図りやすくなる」は、医療関係者とのコミュニケーションの取り方が変わらないと考えられる。また、「5. 自分の病気について家族に話すようになる」は、がんに罹患しても特に家族との関係が変わらない、もしくは家族と話さない（病気のことや元から話さないなど）ということも考えられた。両者から共通していることは、家族や医療者との関係が変化しなかった人は、世話役になりやすい、あるいは、世話役は家族や医療者との関係がもともと取れていた、と考えられる。非世話役から世話役（同病支援者）になるには、患者の心身の段階で自信喪失感や精神的な苦痛などが低い段階にある人が世話役（同病支援者）になりやすいと考えた。この時期にあたる人は、急性期の病期と比較すると、家族や医療者との関係に影響を受けることが少ないと考えた。次に、がんを受容し自立している人、もしくは初めから自己の内面を家族などとオープンに話し合える人は関係が変わらないと考えられる。今後、詳細な検討を必要とする。

世話役（同病支援者）になる可能性に影響のある5要因の結果をまとめると次であった。

1. 地域における同病者同士の配慮を行う
2. 休息（睡眠含む）や余暇活動を取り入れられる
3. セカンドオピニオンや病院選び等の知識が深まる
4. 医療関係者とのコミュニケーションが図りやすくなる
5. 自分の病気について家族に話すようになる

以上のことから、患者主導型がんサロンには同病支援者（世話役）になる可能性に影響のある5要因が解明され、効果があることが明らかとなった。

次に、患者主導型がんサロンには、12 効果があることが明らかとなった。加えて、参加者の全員が一致し、効果があると回答したことは、心情的な変化が得られることであった。がんサロンの12 効果をまとめる。

サロンの 12 効果の結果をまとめると次の項目である。

1. 地域における同病者同士の配慮を行う
2. 治療に関する理解が深まる
3. 前向きな気持ちや考えなどの肯定的（プラス）な気持ちになる
4. 不安や落ち込みなどの否定的（マイナス）な気持ちがやわらぐ
5. 自分自身の考えを整理し感情をコントロールしやすくなる
6. 病気になったことを受け止められるようになる
7. 家族以外の人との交流が深まる
8. 日常生活（生活、家事、子育て）に関する情報を得る
9. 同病者との交流を深める
10. 休息（睡眠含む）や余暇活動を取り入れられるようになる
11. セカンドオピニオンや病院選び等の知識が深まる
12. 参加者の中から自発的に他者を支援できる世話役（同病支援者）が生じる

がん患者が患者主導型がんサロンに参加することの効果としてあげたのは、第 3 章と同様、先行研究に依拠する医療専門職の相談とは異なる傾向を示す新たな 3 大分類「地域における同病者同士の配慮」「肯定的な心情が深まる」、「同病者との交流」はがんサロンの効果を示した。また、全ての参加者が、心情に関する項目で効果があると回答している。すなわち、患者主導型がんサロンは、医療専門職・介護・福祉職などから支援を受ける患者という一方向の関係ではなく、同病者同士が支え、支える経験が効果的に作用し合う関係によって同病支援者が生じることが明らかとなった。これは、世話役が主導した患者主導型がんサロンだからこそその効果であるとうかがえる。

以上のことから、がん患者の参加者の中から自発的に他者を支えることできる患者である世話役が誕生する患者主導型がんサロンの運営と普及が重要であることが明らかとなった。

最後に、今後、更なる研究により患者主導型がんサロンの 12 効果の仮説検証を行いたい。加えて、本章のアンケートの調査票の質問を使い、全国のがんサロンでモデル（中村モデル）の回帰式を検証していくことが必要である。

6-3. 患者主導型がんサロンの効果

調査研究 3 として、第 5 章では、第 4 章の「類型化に基づく患者主導型がんサロンの効果に関する仮説検証」のアンケート調査時に参与観察と世話役へのインタビューを実施した研究である。

調査の目的は、第 3、4 章の患者主導型がんサロンの特徴と効果、課題を補足、確認し、実際の患者主導型がんサロンの効果を明らかにすることである。第 4 章の世話役（同病支援者）になる可能性に影響を与える要因と実際の世話役の役割を明らかにする。さらに、がん患者の参加者の中から自発的に他者を支えることのできるリーダー的存在の世話役が生じるサロンの運営と普及の可能性について明らかにすることであった。

患者主導型がんサロンの効果では次の九点が明らかとなった。

第一に、調査対象の患者主導型がんサロンの実態であるが、開設経緯は、全てがん患者が地域のがん患者のために自発的に行動し開設された。また、活動目的は癒し、交流、情報交換である。頻度は週 1 回から月 1 回とさまざまであったが、開催時間は午前と午後のどちらかの 2 時間程度が多かった。活動内容は、交流、語り合い、情報交換、勉強会、行事やイベント、バザー、検診普及啓発活動などがあった。

しかし、毎回参加するメンバーが異なり、そのためがん患者の数だけ多様な体験があることから、がんサロンの活動はどれ一つとして同じようには進まないことが確認された。長期継続している患者主導型がんサロンには匿名性や守秘義務などのルールが存在し、参加者が厳守していたことが、がんサロンのグループとしての成熟のあらわれとうかがえた。また交流の進行は世話役が行っており、4 つの交流のスタイルが観察された（第 5 章 5-4-3）。柔軟に対応していたことも、長期継続していた患者主導型がんサロンの特徴であった。

第二に、サロン参加者の会話では、参加者のがん患者から「がん」という言葉が自然に言われ、頻度も高かった。この言葉は一般的にマイナスな印象があるために、日常生活の中であまり話されることはない。話題には、「がんになったことによる否定的な気持ちの表出」が多くみられ、患者同士の会話には不安や悲観的なものもあるが、その一方で肯定的な発言も多く、笑顔や笑い声も多く見られた。それは、同病者同士の生活者としての日常生活の話題であったことが明らかとなった。第 3 章と第 5 章の参与観察のいずれも同じ傾向が観察された。がん患者の参加者の中から自発的に他者を支援できる世話役の生じる患者主導型がんサロンの重要な特徴であり、普及の重要性が示唆された。

第三に、患者主導型がんサロンの参加者（非世話役）の特徴は、がん患者が多く、少数ではあるががん患者に付き添って参加する家族、遺族の参加が観察された。また、第 4 章調査の対象外であった告知直後のがん患者や 10 回未満の参加者は数名だけが観察された。

がんサロン参加者は、自らの状態やがんの治療方法について理解していた。その理由として、今回の調査では、病期が告知や治療初期ではなく、ある程度客観的に捉えられる時期に至ってから参加を始めている参加者が多いことが明らかとなった。

また前述の「第二に、サロン参加者の会話」も含めると、自らががん患者であるからこそ、同病者から今後どのようなことが起こるのか、患者自身が対処できる日常生活の話題が多かった。また、地域での身近な困りごとの話題も多かった。このことから、患者主導型がんサロンに参加する人は、がんを隠すことなく、自由に会話し、同病者同士で体験を、わかち合いたい人が集まっているとうかがえた。

このことから、患者主導型がんサロンは共感できるロールモデルとの出会いの場になっており、参加者同士が直接対話をすることで自らの生き方を考える機会となっていると考えられる。また参加することによって、同病者との関わりが増え、同病者への支えや新たな役割の獲得をするのではないかと考えられた。

第四に、患者主導型がんサロンのがん患者の世話役の特徴は、次の 5 つがあった。「① がん患者のために主体的に活動し配慮が行えた」「② 参加者との集まりを楽しんでいる」「③ 先人たちの軌跡から学び、住み慣れた地域で活動していた」「④ がん患者の経験による知と知の蓄積を伝承していくことの大切さを知り行動していた」「⑤ 自分が世話役をしているがんサロンの独自性や意義、使命を考えられる」ことであった。世話役はがんサロンだけでなく、地域でも様々な活動をしていることも明らかとなった（第 5 章 5-5-2）。

第 4 章で明らかになった世話役（同病支援者）になる可能性に影響を及ぼす 5 要因（第 4 章 4-4-4）と、本章で共通することは、世話役は、がん患者だけでなく地域住民とも良好な関係を築いていることがわかった。また、地域にある社会資源などの情報を収集、活用し、専門職や行政職などとの協力や連携を行っていた。さらに、休息（睡眠含む）余暇活動など自分の生活や時間を取り入れており、がんサロンは自身ができる範囲での主体的なボランティア活動であり、その限界を理解しながら世話役を継続していたことである。つまり、世話役は社会的なつながりを大切にし、がんであっても健康的な心身の状況にある行動をとっていることが、世話役になる可能性を高めるといえた。これは世話役になる可能性を高める要因の結果（第 4 章 4-5-1）と同じことが明らかとなった。

これらのことから、医療者の介入が少ない患者主導型がんサロンの中で、自分の存在意義と役割を新たに獲得し、世話役という同病支援者のリーダーとなる。これらの特徴は参加者の中から自発的に他者を支えることができるリーダー的存在である世話役が誕生する患者主導型がんサロンの運営と普及の必要性とも重なった。

第五に、世話役（同病支援者）の活動と役割では次の 4 つに分けることができる。「① サロンでの交流会やイベント開催の企画運営」「② 広報活動」「③ 医療専門職や機関と連絡」「④ サロン外の地域での活動」である。①から③はサロン内の活動と役割、④はサロン外の地域での活動と役割であった。④のサロン外の地域での活動と役割には、教育機関（小・中学校、医学部・看護学部など）への「命の授業」などのがん教育、行

政などと連携したがん予防・検診普及啓発活動、県内のがん対策推進のための活動、県がん対策推進会に参加、島根県がん対策推進協議会委員、がん診療連携拠点病院等の病院長とがん患者団体などとの意見交換会、地域医療支援対策協議会、行政機関の会議や開設先へがん患者の要望などを伝えることなどがある。これらの役割は全ての世話役が担っているものではないが、幅広い活動と役割を担っていた。

第六に、患者主導型がんサロンは次の 12 の特徴があった。「① 参加は本人の自由意志に任されている」「② 同病者同士の対等な関係性がある」「③ 同病者同士が決めるがんサロンのルールが存在する」「④ “がんとともに生きているがん患者”の存在を知り共感が育まれる」「⑤ 参加者が『がん』という言葉を使い、会話に制限がない」「⑥ マイナスの話題は終結時にはプラスに転じる会話となる」「⑦ 日常生活の話題から地域での具体的な情報を得られる」「⑧ 相談相手を自分で選べ、その患者が経験してきた知識やアドバイスを得られる」「⑨ 他者の話を傾聴するだけの参加者の存在がある」「⑩ 自然発生的な見守りが発生していた」「⑪ 患者が運営しているが世話役は公的機関や医療施設などと関係を築いて運営している」「⑫ 会員登録や申請等の手続きがなく個人負担がない」であった。特に参与観察調査から得られた、積極的な傾聴者の存在と、見守り活動は重要な特徴であり、また患者主導型がんサロンの効果といえよう。これら 12 の特徴は第 3 章の患者主導型がんサロンの同病支援の特徴（第 3 章 3-5-4）と同じことが確認された。

第七に、患者主導型がんサロンの課題は 6 つあった。「① 医療専門職ががんサロンの実態を捉えにくいことから、がんサロンの内容をがん患者に伝えにくい」「② スムーズな世話役の世代交代」「③ 会場確保やイベントなどの運営費などの費用」「④ がんサロンの責任の所在」「⑤ がんサロンに関するニーズの掘り起こし（具体的には開設の時間、男性がん患者が通いやすいがんサロンの開設など）」「⑥ 患者などのボランティアに運営を依存している不安定な運営の基盤をいかに維持するか」の課題があった。

第八に、患者主導型がんサロンの効果として参加者の中から自発的に他者を支援できる世話役が生じることが解明され（第 4 章 4-7）、がんサロンの普及の重要性も明らかとなった（第 3 章 3-5、第 4 章 4-7）。普及に向けては、世話役などががん患者だけでなく、住民、県行政職、保健医療福祉関係者、教育関係者、企業やマスコミなどの関係者が協力し、患者主導型がんサロンの活動の後方支援を行うことが重要である。

都道府県行政の役割として考えられることは、がん患者が主導的に運営しているがんサロン同士の横のつながりを組織的に作り、都道府県全域での同病支援者同士のネットワークの拡大が求められる。その理由は、がんサロン開設当時から、定着するまでの島根県の県行政や県庁スタッフの活動から学ぶことができよう（第 2 章 2-4-6、第 5 章 5-5-1）。具体的には、同病者同士が互いに運営などの方法や課題を学び合えるように、各がんサロン間の交流を持てる機会や場を積極的に企画し実施などがある。その結果、この時に築かれたネットワークは現在に至っても健在であり、がん患者同士が相談し、がんサロン開設や運営方法、助け合いなど自発的な活動を継続している。がん患者の同病者支援としての活動を支えることだけでなく、

地域での自然発生的な見守り（第4章 4-6-1, 第5章 5-1）などの同病者同士の配慮を行うことにまで発展している。世話役をしたからなのかは不明であるが、世話役はがんサロン以外の地域でのボランティア活動を行っていたという事実があった。加えて、地域では、患者主導型がんサロンは新たに難病者のサロンなどの同病者支援の仕組みにもつながっていたことが明らかとなった。

島根県県行政が行っていたように行政職が患者主導型がんサロンの活動を視察し、参加しているがん患者のニーズを聞き、そのニーズをまとめ県のがん対策を考える。そしてまた、島根県の患者・家族を含めた住民、医療機関、行政、議会、企業、教育機関、メディアが一体となった“七位一体”の取り組みをまとめ、人々を結びつけ、機関をつなぐがん対策は県行政だからこそ成し遂げ、可能にしたものであった。

がんサロンが患者中心に活動するためには、都道府県が、島根県行政のように、県のがん対策推進計画の一環としてがんサロンへの後方支援を行うことが重要であることが明らかとなった。

第九に、長期に安定して継続運営しているがん患者主導型がんサロンには、自発的に他者を支えることのできる患者である世話役（同病支援者）の存在が重要であることが本研究から明らかとなった。その一方で、がん患者主導型がんサロンの課題には、新たな世話役の担い手に引き継ぎ、スムーズな世代交代がある。

この課題については、本研究の成果である第4章の本調査の世話役（同病支援者）になる可能性に影響を及ぼす5要因と、患者主導型がんサロンに参加している世話役（同病支援者）と非世話役（一般の参加者）になる可能性の有無を判別するモデル（中村モデル）の回帰式を用いることで、世話役になる可能性の高い人と、非世話役に留まる可能性が高い人とを数値化することが可能ではないかと考える。この点については、今後さらなる研究の必要性がある。

以上、本論文は、10年以上の研究調査期間を通し、「1. 参与観察調査」「2. アンケート調査」「3. 参与観察調査とインタビュー調査」からなる過程を経た仮説検証研究により、患者主導型がんサロンには効果があることを評価するに至った。加えて、筆者の研究は、これまで実施されていなかった研究手法を開発し、患者主導型がんサロンの効果を測定し評価したことを得て、大いに発展性を有する意義ある研究であることが実証された。

6-4. 本研究の限界と今後の展望

本調査研究のフィールドは、島根県の患者主導型がんサロンであったが、県下全てのがんサロンを網羅することはできなかった。今回調査できなかったがんサロンは引き続き調査を行う。今後は、山陰エリア、西日本エリアなど、全国に対象を広げることで、新たなフィールドを検討することも可能になるだろう。

アンケート調査には、島根県の患者主導型がんサロンに通うがん患者のうち 20 歳以上で、1 年以上もしくは 10 回以上参加者を対象とした。そのため高齢者の割合が高く、二次障害や副作用があることが予測された。回答者の負担を軽減するために項目を必要最小限に止めた。その結果、家族構成や就労状況と収入、地域や家族間の役割変化、近隣・友人や同病者からのサポート内容などを聞くことができなかった。

また、がんサロンの非世話役に対して世話役の割合は少ないことから、対象数の偏りを余儀なくされている。

さらに、本研究では性別及びがん種に差異があるのかといった検討にも至っていない。今後、同様の調査を重ねる上では、がんサロンへの参加をやめた人をどのように追跡することも検討することに加えて、がん患者の個人の背景などを含めた細やかなケーススタディの活用も検討が望ましいだろう。

加えて、本調査票の質問内容に関して「…ましたか」という対象者の過去のがんサロン参加の状況を訊ねているために、対象者の記憶をたどることとなり、思い出しバイアスがかかりやすい。また、がんサロンに参加した時点ではそうではなかったが、今はこうなってきたという回答になる可能性があり、その結果「世話役になる可能性の高い要因」なのか、「世話役になった人に生じた変化」なのかという、因果関係が得にくいことが研究の限界である。今後、質問内容の修正や追加などを繰り返し精査することで、さらなる仮説検証が可能となると考える。

今後、同様の調査を重ねる上では、がんサロンへの参加を辞めた人をどのように追跡することも検討することに加えて、がん患者の個人の背景などを含めた細やかなケーススタディの活用も検討が望ましいだろう。

調査票の質問内容の修正や追加を繰り返していくことで、さらなる仮説検証が可能となる。本調査を基にした質的調査とともに、他都道府県において一般化が可能な量的調査の実施も不可欠と考える。

第4章の患者主導型がんサロンの効果が解明された、アンケートの調査票の質問を使い、モデル（中村モデル）の回帰式を用いることで、同病支援者（世話役）になる可能性の高い人と、非世話役に留まる可能性が高い人とを数値化し予測することを導き出した。今後、全国のがんサロンでモデル（中村モデル）の回帰式を引き続き検証していく。

本研究で得られた知見は、全国のがんサロンだけでなく、慢性疾患や難病などの他疾患サロンをはじめ広く患者会などの開設・運営方法に汎用できると考える。今後本研究を発展させ、全国のがんサロンで研究を進めていくことで、病と共に生きるための同病者支援に寄与することを期待する。

おわりに

患者主導型がんサロンはいつ訪れてもがん患者の笑顔が多く見られ、笑い声があり、明るく開放的な雰囲気がある。その理由としては、参加者同士が顔を合わせて、そこで語られる話題は同じ生活圏の日々の暮らしにあるからであろう。

従来、死亡率の高いがん患者を対象とした横断的研究は実施が困難とされていた。本研究では、著者が社会福祉士、看護師としての実務者であり、研究を行う上で実際に患者主導型がんサロンに10年以上の間継続して参加したことにより可能になった研究方法である。看護師としては医療側からがん患者を観察する視点、社会福祉士としては生活者の視点にがん患者の視点を加えて、疫学的手法で実証的研究を行い、患者主導型がんサロンの効果を解明した。このことが本研究の独自性である。

今まで患者主導型がんサロンにおいて、がん患者同士がどのような会話をし、何を話題としているのか、専門職は実際に知ることはできなかった。本調査のがん患者の会話を基にした話題の類型化から、「心情の吐露」「同病者との交流」「地域における同病者同士の配慮を行う」という医療関係者との相談にはない話題があることが明らかとなった。また、患者主導型がんサロンには医療関係者のインフォームド・コンセントに基づいた医療情報や社会資源の情報では補えない、がんという経験を通して得た生活上の創意工夫など、同病者同士の経験による知の共有と蓄積の活用という同病者ならではの支援機能があることが示された。

がん患者は、病気によりパワーlessnessの状態に陥りやすく、医療の場では概して受動的な立場に置かれ、しばしば自己コントロール感を見失いがちになる。また、日常生活の制限や役割の喪失などから、一時的に自己肯定感が低くなることもある。そのような時、患者主導型がんサロンでは、がん患者同士が会話し語りを聞き入ることで、たとえ自分が語ることなくとも、同病者の経験を通して主体性を回復するのではないかと考えられた。この点において、医療者が行う相談業務や、同病者による相談を前提としている一部のがんピア・サポートとは、一線を画していると考えられる。

患者主導型がんサロンという同病者同士が時間を共有する場合は、「患者」や「がん」であることが、その人の全てではなく、自身の一部であることを患者に再認識するために必要であると考えられた。また、生活者としての主体性の回復に貢献することが患者主導型がんサロンの特徴であった。

さらに、患者主導型がんサロンの効果として、参加者の中から自発的に他者の支援を行う同病支援者（世話役）が生じることが明らかとなり、12 の効果を実証的研究によって解明したことは本研究の大きな成果であった。

世話役になる要因に共通することは、社会資源を活用しがん患者同士や地域住民、行政職などと協力していた。また、家庭やがんサロン以外にも自らの居場所があり、さらに自分自身の時間（休息、睡眠、余暇活動など）を持っていたことが共通点である。世話役の多くの人が、患者主導型がんサロンの運営は自分ができる範囲で、ボランティアの範囲をこえないように活動することが大切と話していたことも明らかとなった。

つまり、がんと共生し、社会的なつながりが促進され、がんであっても健康的な心身の状況にある行動をとっていることが、世話役になる可能性を高めるといえる。さらに、世話役は先人たちの軌跡から学び、住み慣れた地域で、その時代に必要なことを取り入れながら、がん患者の経験による知と知の蓄積を伝承していくことの大切さを知り、行動できる人が世話役になっていたことが明らかとなった。

加えて医療ソーシャルワーカーが患者主導型がんサロンの運営を後方から支える時は、がん患者である前に一人の生活者であるという視点を失わずに、同病者同士のなかま（仲間）と一緒にいる時間と空間との三間を共有する場を提供することが重要であった。

本研究は、島根県の患者主導型がんサロンの世話役をはじめとする参加者の皆様、および関係者の協力のもとに実現した。全7ページにわたるアンケートを、全ての参加者は「がん患者の支援に役立つなら」「がん患者の生活が良くなるためだったら」と直筆で回答してくださった。これも同病者支援の1つの形であろう。

本研究で得られた知見は、全国のがんサロンだけでなく、慢性疾患や難病などの他疾患サロンをはじめ広く患者会などの開設・運営方法に汎用できると考える。今後、本研究を発展させ、全国のがんサロンで研究を進めていくことで、病と共に生きるための同病者支援に寄与することを期待したい。

参考文献

- Aderhold, C., Morawa, E. and Paslakis, G. eds. (2019) Protective factors of depressive symptoms in adult cancer patients: The role of sense of coherence and posttraumatic growth in different time spans since diagnosis. *Journal of Psychosocial Oncology* : 37 (5) , pp.616-635.
- Ashbury, E. D., Cameron, C. and Mercer, S. L. eds. (1998) One-on-one peer support and quality of life for breast cancer patients. *Patient Education and Counseling* : 35 (2) , pp.89-100.
- Ashing-Giwa, K., Tapp, C. and Rosales, M. eds. (2012) Peer-Based Models of Supportive Care: The Impact of Peer Support Groups in African American Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum* : 39 (6) , pp.585-591.
- Assaf, G. N., Holroyd, E. and Lopez, V. (2017) Isolation and prayer as means of solace for Arab women with breast cancer: An in-depth interview study. *Psycho-Oncology* : 26 (11) , pp.1888-1893.
- Batenburg, A. and Das, E. (2014) Emotional approach coping and the effects of online peer-led support group participation among patients with breast cancer: A longitudinal study. *Journal of Medical Internet Research* : 16 (11) , p.256.
- Baumgarten, H. (2001) Surviving a parent's cancer: Adolescents as peer support group leaders. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* : 61 (5-B) , p.2745.
- Cockle Hearne, J., Cooke, D. and Faithfull, S. (2016) Developing peer support in film for cancer self-management: what do men want other men to know? *Supportive Care in Cancer* : 24 (4) , pp.1625-1631.
- Dennis, C. (2003) Peer support with in a health care context: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies* : 40 (3) , pp.321-332.
- Dunn, J., Steginga, S. K. and Occhipinti, S. eds. (1999) Evaluation of a peer support program for women with breast cancer -lessons for practitioners. *Journal of Community & Applied Social Psychology* : 9 (1) , pp.13-22.
- Fernsler, J. I. and Manchester, L. J. (1997) Evaluation of a computer-based cancer support network. *Cancer Practice* : 5 (1) , pp.46-51.
- Giese-Davis J., Bliss-Isberg, G. and Carson, K. eds. (2006) The effect of peer counseling on quality of life following diagnosis of breast cancer: an observational study. *Psycho-Oncology* : 15 (11) , pp.1014-1022.
- Høybye, M. T., Dalton, S. O. and Deltour, I. eds. (2010) Effect of Internet peer-support groups on psychosocial adjustment to cancer: a randomised study. *British Journal of Cancer* : 102 (9) , pp.1348-1354.

- Huber, J., Muck, T. and Maatz, P. eds. (2018) Face-to-face vs. online peer support groups for prostate cancer: A cross-sectional comparison study. *Journal of Cancer Survivorship* : 12 (1) , pp.1-9.
- Kamishiraki, E., Baba, M., and Shima, M. eds. (2016) 末期癌患者のケアの場 日本人医療ソーシャルワーカーの考え方の調査. *医療事故・紛争対応研究会誌* : 10, pp.8-18.
- Lazarus, R. S. and Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer.
- Leach, H. J., Potter, K. B. and Hidde, M. C. (2019) A Group Dynamics-Based Exercise Intervention to Improve Physical Activity Maintenance in Breast Cancer Survivors. *Journal of Physical Activity & Health* : 16 (9) , pp.785-791.
- Lieberman, M. A. and Lepore, S. (2017) Fighting spirit expressed by women with breast cancer in professional- and peer-led online support groups: effects on outcomes. *Madridge journal of cancer study & research* : 1 (1) , pp.8-11.
- Lilliehorn, S., Isaksson, J. and Salander, P. (2019) What does an oncology social worker deal with in patient consultations? -An empirical study-. *Social work in Health Care* 58 (5) , pp.494-508.
- McDonough, M. H., Patterson, M. C. and Weisenbach, B.B. eds, (2019) The difference is more than floating: factors affecting breast cancer survivors' decisions to join and maintain participation in dragon boat teams and support groups. *Disability and rehabilitation* : 41 (15) , pp.1788-1796.
- Mustian, K. M. (2013) *Breast cancer, Tai Chi Chuan, and self-esteem: A randomized trial*. ph.D. thesis. University of North Carolina.
- Orji, M.-G., Chidebe, R. C. W. and Igbokwe, C. eds, (2018) From Diagnosis to Survivorship: Using Cancer Support Group as an Advocacy and Support Platform for Cancer Care in Nigeria. *Journal of Global Oncology* : 4 (2) , p.246.
- Penfold, J. (2015) Specialist role provides thyroid cancer support. *Primary Health Care* : 25 (6) , p.10.
- Seçkin, G. (2011) I Am Proud and Hopeful: Age-Based Comparisons in Positive Coping Affect Among Women Who Use Online Peer-Support. *Journal of Psychosocial Oncology* : 29 (5) , pp.573-591.
- Schellekens, M., Jansen, E. and Willemse, H. eds. (2016) A qualitative study on mindfulness-based stress reduction for breast cancer patients: how women experience participating with fellow patients. *Supportive Care in Cancer* : 24 (4) , pp.1813-1820.
- Shi, J., Chen, L. and Su, Y, eds. (2019) Offspring Caregivers of Chinese Women with Breast Cancer: Their Social Support Requests and Provision on Social Media. *Telemedicine & e-Health* : 25 (8) , pp.748-755.

- Steginga, Suzanne K., Smith, David P. and Pinnock, Carole eds. (2007) Clinicians' attitudes to prostate cancer peer-support groups. *BJU International* : 99 (1) , pp.68-71.
- Takahashi, M., Uetake, C. and Nakayama, N. eds. (2019) がん治療と雇用のバランスについての協働支援モデル 医療およびビジネス専門家のフォーカスグループインタビューより. *Industrial Health* : 57 (1) , pp.40-51.
- Van Den Borne, H. W., Pruyn, J. F. and Van Den Heuvel, W. J. A. (1987) Effects of contacts between cancer patients on their psychological problems., *Patient Education and Counseling* : 9 (1) , pp.33-51.
- 青山こずえ・田村里子・田邑泉 (2005) がん患者の在宅療養の支援を考える 在宅療養の選択をめぐるソーシャルワーク援助から. *医療と福祉* : 38 (2) , pp.27-31.
- 秋山芳伸・伊東和美 (2013) 国家公務員共済組合連合会立川病院 緩和ケア科. *成人病と生活習慣病* : 43 (6) , pp.743-749.
- 安仁屋衣子 (2016) 医療をきっかけに見える課題 医療ソーシャルワーカーの支援. *月刊福祉* : 99 (4) , pp.16-19.
- 天野慎介・埴岡健一 (2010) 全国に広がるがん条例制定の動き (上).
<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/cancernavi/report/t001/201006/100474.html> (2022年9月1日アクセス可能)
- 天野慎介・埴岡健一 (2010) 全国に広がるがん条例制定の動き (下).
<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/cancernavi/report/t001/201006/100475.html> (2022年9月1日アクセス可能)
- 荒木邦彦・竹本与志人 (2012) 病名告知から現在までの各治療時期におけるオストメイトの心理的状況. *医療と福祉* : 45 (2) , pp.34-40.
- 荒木陽子・西迫はづき・木下良子 他 (2016) 身寄り不在の独居高齢患者に対する自己決定支援 ソーシャルワーカーの価値・倫理の考察. *国立病院機構熊本医療センター医学雑誌* : 15 (1) , pp.191-195.
- 池田文子 (2002) 子どもを亡くした親の悲嘆とそのケア;がんの子どもを守る会の活動から. *へるす出版生活教育* : 46 (2) , pp.31-36.
- 池田文子・近江恵子 (2004) 成人に達した小児がん経験者の活動について. *小児外科* : 36 (1) , pp.139-142.
- 生駒真有美 (2011) 調整困難事例の退院支援. *達人ナース: 経験知の伝授誌* : 33 (1) , pp.91-95.
- 石上真三子 (2019) A 病院のがん患者サロンにおける男性参加者のニーズ. *大阪府済生会中津病院年報* : 29 (2) , pp.254-255.

- 磯部千恵美 (2012) 新潟第二病院 患者同士助け合うのを支援する「がん患者サロン」(特集 病気治療から患者の全人的支援へ). 済生 : 88 (3), pp.11-13.
- 市浦華奈子・高鶴亜理沙・豊島絵理子 (2019) がん患者の就労支援に関するセミナー実施を振り返る : アンケート結果からの一考察. 医療ソーシャルワーク研究 : 日本医療ソーシャルワーク学会誌 : 9, pp.49-53.
- 一般社団法人 日本がん看護学会 監修 (2015) がん看護実践ガイド がん患者へのシームレスな療養支援. 東京都 : 医学書院.
- 糸井志津乃・安齋ひとみ・林美奈子 他 (2020) 病院で活動しているがんピアサポーターが大事にしていること. 日本公衆衛生雑誌 : 67 (7), pp.442-451.
- 伊藤信司・天野博之・河合由美 他 (2014) 長期入院となったがん患者への MSW 介入基準の検討. トヨタ医報 : 24, pp.25-30.
- 乾公彦 (2014) 在宅療養の癌患者を支える MSW の役割と課題 地域と緩和ケア病棟の架け橋として. 北海道農村医学会雑誌 : 46, pp.95-97.
- 乾公彦・大橋香織 (2011) 医療ソーシャルワーカーの役割と活用方法について MSW って何? 北海道農村医学会雑誌 : 43, pp.65-67.
- 井上恵子・角南ちえ子・阿部恭子 他 (2010) 糖尿病患者のフットケアに関する意識とその実施状況 非糖尿病患者と比較して. 日生病院医学雑誌 : 38 (2), pp.105-109.
- 井上玲子 (2013) 病院内小児がん親の会と専門職の関係と役割. 小児保健研究 : 72 (5), pp.721-727.
- 岩本亜加根 (2018) 大学病院を卒業したがん患者 : 地域の中小病院の MSW ができること. 労働者住民医療 : 328, pp.17-20.
- 岩本貴久子・工藤悦子・山上実紀 (2011) 地域に開かれたがん患者のエンパワメント活動 -患者・家族, サバイバー, そして遺族への相談サロンの取り組みを通して. 訪問看護と介護 : 16 (6), pp.500-503.
- 上田まゆら (2008) 米国 Palliative Care プログラムとソーシャルワークの現状-2 医療機関における事例検討を通じて. 社会福祉 : 49, pp.115-129.
- 大瀧敦子 (2018) 実践から質的研究方法によって何か導き出されるのか : 医療ソーシャルワーク研究からみる到達点と課題. ソーシャルワーク実践研究 : ソーシャルワークの実践と理論の総合誌 : 7, pp.2-13.
- 大坂公子・奥口静子・奥口文宣 (2007) 外来糖尿病患者のネイルケア ポドログジストとの連携. 糖尿病 : 50 (1), S-176.
- 大槻貴子・田子森和子・寺田愛子 他 (2014) 多職種が関わるがん患者サロン -設立から3年間の取り組みと今後の課題. 日赤医学 : 66 (1), p.327.

- 大野裕美 (2011) がん治療前サポートにピアサポートは有用であるか ―フィールドワークによる質的研究―. 名古屋市立大学大学院人間文化研究科 人間文化研究 : 14, pp.129-141.
- 大松重宏 (2004) がん患者における社会的支援 ―ソーシャルワーカーの視点―. 家族性腫瘍 : 4 (2), pp.76-80.
- 大松重宏 (2007) がん専門病院における医療連携とソーシャルワーク ―ソーシャルワーカーの立場から. 医療 : 61 (4), pp.250-253.
- 大松重宏 (2007b) ソーシャルワーカーの立場から見た医療連携の現状と課題. 病院: 66 (5), pp.391-396.
- 大松重宏 (2012) がん患者会におけるピア・サポートに関する考察 認知の再構築の視点から. 医療社会福祉研究 : 20, pp.51-59.
- 大松尚子 (2011) がんの患者会運営のプロセスに関する考察. ルーテル学院研究紀要 : 44, pp.79-92.
- 大松尚子・斎当美佳・井上法子 (2014) 大阪府がん専門相談員向け研修実施報告;大阪府 60 がん診療拠点病院の現状をふまえて. 医療と福祉 : 47 (1), pp.48-53.
- 岡部健 (2010) 看取りを支える社会を創る ―在宅緩和ケアの現場から―. 社会学年報 : 39 (0), pp.5-14.
- 小原由里・堀越由紀子 (2015) 急性期病院における外来ソーシャルワークの展開方法に関する考察 外来通院患者の支援事例とソーシャルワーカーへのインタビュー調査から. 医療と福祉 : 48 (2), pp.54-60.
- 片岡純 編著 (2013) 外来がん看護 エンパワーメント支援の理論と実際. 埼玉県 : すびか書房.
- 柿本幸子 (2013) 当院における在宅支援の取り組み がん患者の在宅療養に必要な条件を考察する. 十全総合病院雑誌 : 19 (1), pp.7-8.
- 加藤真里・宮崎徳子・大川明子 他 (2018) 事業在宅療養者への医療・看護・介護サービス実施事業 女性のがん患者の就労及び生活支援に関するサロンの運営と互助活動への促進支援. 研究助成・事業助成ボランティア活動助成報告書 : 29, pp.281-285.
- 加藤麻美・男澤聡子・鈴木遥 他 (2011) 筋萎縮性側索硬化症 (ALS) 患者・家族への心理支援 集団療法としてのえー・える・えす・サロンの試み. 国立病院総合医学会講演抄録集 : 65, p.501.
- 上別府圭子 (2005) キャリーオーバーした人の心理社会的支援 子ども時代の健康障害に関連した医療 PTSD とその予防的介入. 小児看護 : 28 (9), pp.1233-1239.
- 川越厚 (2003) 在宅ホスピス・緩和ケア 演習形式で学ぶケアの指針. 東京都 : メヂカルフレンド社.
- 川名典子 (2004) がん患者のサポートグループの意義 ネットワークづくりの体験から. ナーシング・トゥデイ : 19 (4), pp.29-31.
- がん患者団体支援機構 (2005) 第1回がん患者大集会 当日アンケートの結果.
https://canps.jp/meeting/2005/survey_conf.htm (2022年9月1日アクセス可能)

- 「がん患者本位のエンゲージメント」を考える会 (2021) 「がん患者本位のエンゲージメント」を目指して ～がん患者が社会で自分らしく生きるための3つのビジョン～. 東京都：日経BP.
- がんサポート (2013) 癌と共に生きる会 会長/橋本榮介 患者と医者が真に平等であるために、患者自身ができることをする (2013年4月更新).
- https://gansupport.jp/article/patient_and_organization/patient05/4617.html (2022年9月1日アクセス可能)
- がんサポート (2019) 治療不能だった難しい場所のがんにも、切らずに対処できる肝臓がんや肺がんの最新の武器、CT透視下ラジオ波凝固療法の威力 (2019年8月更新).
- <https://gansupport.jp/article/treatment/extra/extra01/3839.html> (2022年9月1日アクセス可能)
- がん情報サービス (2011) わが国におけるがん対策のあゆみ.
- https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/statistics/pdf/2011_cancer_control_jp.pdf (2022年9月1日アクセス可能)
- がんの統計編集委員会 (2017) がんの統計 '16 CANCER STATISTICS IN JAPAN 2016. 公益財団法人がん研究振興財団. https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/statistics/pdf/cancer_statistics_2016_app_J.pdf (2022年9月1日アクセス可能)
- がん研究振興財団 (2018) がんの統計'17 CANCER STATISTICS IN JAPAN 2017.
- https://ganjoho.jp/public/qa_links/report/statistics/pdf/cancer_statistics_2017.pdf (2022年9月1日アクセス可能)
- 紀川純三 (2017) 高齢化地域の地域完結を目指したがん治療 -松江市立病院がんセンターの開設にあたって-. 松江市立病院医学雑誌 : 21 (1) , pp.1-4.
- 北嶋清彦 (2008) がん診療連携拠点病院におけるMSWの役割 -MSWに求められる3つの視点. 病院 : 67 (2) , pp.153-157.
- 鬼頭裕美 (2015) 終末期患者に対する退院支援の一例 退院調整看護師との協働からMSWの役割を考える. 共済医報 : 64 (3) , pp.294-297.
- 公益社団法人ヘルスサイエンスセンター島根 (2022) がん対策募金の概要. <https://www.hsc-shimane.jp/gan-taisakubokin/589/> (2022年9月1日アクセス可能)
- 公益社団法人全日本病院協会 (2011) 2025年の日本を想定した報告. 病院のあり方に関する報告. <https://www.ajha.or.jp/voice/arikata/2011/01.html> (2022年9月1日アクセス可能)
- 厚生労働省 (2021) 事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン.
- <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000780068.pdf> (2021年8月3日アクセス可能)

- 厚生労働省 治療と職業生活の両立等の支援対策事業 実施委員会 (2013) 平成 25 年度厚生労働省委託事業 治療と職業生活の両立等の支援対策事業 治療を受けながら安心して働ける職場づくりのために.
<https://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/dl/140328-01.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 厚生労働省 (2015) 誰もが支え合う地域の構築に向けた福祉サービスの実現 -新たな時代に対応した福祉の提供ビジョン- (平成 27 年 9 月 17 日). <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/bijon.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 厚生労働省 (2016) 「地域共生社会」の実現に向けた地域づくりの強化のための取組の推進.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12600000/000495597.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 厚生労働省 (2016) 2016 年 11 月 29 日 第 5 回がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会 (議事録). <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000149493.html> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 厚生労働省 (2016) 第 5 回がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会 (資料).
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000144803.html> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 厚生労働省 (2016) 地域包括ケアの深化・地域共生社会の実現 (平成 28 年 7 月 15 日).
<http://www.city.iwaki.fukushima.jp/www/contents/1450678813250/simple/H282siryou2-3.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 厚生労働省 (2016) 平成 27 年 (2015) 人口動態統計 (確定数) の概況.
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei15/index.html> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 厚生労働省 (2016) がん対策基本法の一部を改正する法律新旧対照表. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000146909.pdf> (2018 年 8 月 21 日アクセス可能)
- 厚生労働省 (2019) 医療提供体制を取りまく現状等について (中医協 総-4-2 平成 31.3.27).
<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000493996.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 厚生労働省 (2019) 患者調査、DPC 調査等の統計調査データを用いた看護職員必要数の長期将来推計に関する検討 -伏見委員提出資料-. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/dl/s0622-6a.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 厚生労働省健康局 (2014) がん診療連携拠点病院等の整備について (健発 0110 第 7 号 平成 26 年 1 月 10 日). <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000155799.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

- 厚生労働省健康局 (2016) がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針 (健発第 0331058 号 平成 20 年 3 月 31 日別添).
- <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000170613.pdf>(2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 香西尚実・名越民江・南妙子 (2014) 多重問題を抱える頭頸部がん患者の退院後の生活体験. 日本看護科学会誌 : 34 (1) , pp.353-361.
- 肥塚真由美 (2011) 退院支援における医療ソーシャルワーカーの役割. 日本老年医学会雑誌 : 48 (4) , pp.336-338.
- 国土交通省 (2006) 国土審議会計画部会第 6 回ライフスタイル・生活専門委員会 生活圏域の考え方とその政策の方向性 (たたき台参考資料).
- <https://www.mlit.go.jp/singikai/kokudosin/keikaku/lifestyle/6/shiryuu2-2.pdf>(2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 国土交通省 (2021) 国土の長期展望専門委員会 (第 13 回) 配布資料 地域生活圏について.
- <https://www.mlit.go.jp/policy/shingikai/content/001389683.pdf>(2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 厚生労働科学研究「がん対策における進捗管理指標の策定と計測システムの確立に関する研究」(2015) 指標に見るわが国のがん対策. p.224.
- https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/health_s/health_s/020/06health_s_03_cancer_control_all.pdf (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 国立研究開発法人 国立がん研究センター がん情報サービス (2021) 患者サロン (2021/01/14).
- https://ganjoho.jp/public/qa_links/dictionary/dic01/modal/kanja_salon.html (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 国立研究開発法人国立がん研究センター がん対策情報センター (2014) がんになったら手にとるガイド.
- 小松康宏 (2019) 患者参加型医療が医療の在り方を変える -21 世紀医療のパラダイムシフト. 国民生活研究 : 59 (2) , pp.56-80.
- 近藤まゆみ・嶺岸秀子 編著 (2006) がんサバイバーシップ がんとともに生きる人びとへの看護ケア. 東京都 : 医歯薬出版株式会社.
- 斉藤民・近藤克則・村田千代栄 他 (2015) 高齢者の外出行動と社会的・余暇的活動における性差と地域差 - JAGES プロジェクトから -. 公衆衛生誌 : 62 (10) , pp.596-608.
- 齋藤安弘 (2002) 全国がんセンターとソーシャルワーク. 獨協医科大学教養医学科紀要 : 25, pp.17-23.

- 坂口清美 (2012) 熊本病院 患者家族と一緒に育むがんサロン「なでしこ」(特集 病気治療から患者の全人的支援へ). 済生 : 88 (3), pp.8-10.
- 坂田智子 (2011) 一人暮らしのがん患者への支援. EMERGENCY CARE : 24 (8), pp.804-807.
- 佐藤圭子・廣田直子 (2019) がん患者の治療と就労に関する支援のあり方 : 医療関係者へのインタビュー調査から. 信州公衆衛生雑誌 : 14 (1), pp.40-41.
- 佐藤千秋 (2016) 医療領域における生活支援とソーシャルワーク専門職 : がん患者の暮らしを支えるマイクロ・アプローチ. ソーシャルワーク実践研究: 3, pp.38-43.
- 佐藤美代子 (2020) 「NPO 法人まんまるママいわて」で母親と助産師がつながる. 助産雑誌 : 74 (1), pp.38-41.
- 塩崎麻里子・酒見惇子・佐藤貴之 他 (2015) 問題解決プロセスを応用した膵臓がん患者の心理社会的問題と対処法リストの作成: 外来において化学療法加療中の膵臓がん患者を対象として. Palliative Care Research : 10 (3), pp.186-193.
- 品田雄市 (2015) 若年成人がん患者が利用できる社会保障制度 緩和ケアの臨床家が知っておくと, 患者の治療・ケアに役立つこと. 緩和ケア : 25 (6), pp.490-494.
- 品田雄市 (2017) 大腸がん患者へのサポート. Cancer Board Square : 3 (2), pp.347-352.
- 品田雄市 (2019) がん相談とグリーフワーク. 精神療法 : 45 (2), pp.200-205.
- 品田雄市・藤平輝明・岩渕篤敬 他 (2013) がん相談支援におけるソーシャルワーク面接の構造的分析—人格適応論を手がかりに—. 東京医科大学雑誌 : 71 (4), pp.426-427.
- 島根県 (2008) がん医療の充実強化について.
<https://www.pref.shimane.lg.jp/admin/seisaku/housin/jyuuten/h20-jyuutenn.data/100.pdf> (2022年9月1日アクセス可能)
- 島根県 (2013) 島根県がん対策推進計画 (平成25年~29年度) 平成25年3月. pp.57-59.
https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kenko/gan/shimaneitorikumi/index.data/0_shimaneگان_zenbun.pdf (2022年9月1日アクセス可能)
- 島根県 (2018) 島根県がん対策推進計画 (平成30年3月).
<https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kenko/gan/gantaisakusuishinkeikaku.data/2gankeikaku2018.pdf> (2022年9月1日アクセス可能)
- 島根県 (2020) がんサロン・がん患者団体 (令和2年4月).
<https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kenko/gan/gansalon/gansaron.data/salon202004.pdf> (2022年9月1日アクセス可能)

- 島根県がんサロン NETWORK (2006) 第2回がん対策の推進に関する意見交換会 資料 (平成18年12月13日). <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/dl/s1213-7a09.pdf> (2022年9月1日アクセス可能)
- 島根県議会 (2003) 平成15年_文教厚生委員会 (7月4日).
<https://www.pref.shimane.dbsr.jp/index.php/2897609?Template=document&VoiceType=All&DocumentID=4893#all> (2022年9月1日アクセス可能)
- 島根県政策企画局統計調査課 (2020) 平成28年度 島根県市町村民経済計算の概要.
<https://www3.pref.shimane.jp/houdou/attachments/131623> (2022年9月1日アクセス可能)
- 新保祐光 (2008) ソーシャルワーク実践の根拠としての「状況的価値」 医療ソーシャルワーク実践事例から. ソーシャルワーク研究 : 33 (4), pp.270-277.
- 隅田好美 (2019) 医療現場における生命倫理 : 難病,がん患者の自己決定支援. ソーシャルワーク研究 : 45 (3), pp.222-227.
- 平優子・牧野智恵・澤木英子 (2015) 胃がん患者と家族の調理実習を取り入れたがんサロンの実際. Palliative Care Research : 10 (1), pp.926-930.
- 高田由香 (2005) がん患者のためのソーシャルワーク -負担する医療費を中心に. 治療 : 87 (4), pp.1620-1624.
- 高田由香 (2008a) がん医療における医療ソーシャルワーカーの役割. 医療 : 62 (10), pp.558-565.
- 高田由香 (2008b) 医療ソーシャルワーカーの役割. ナーシング・トゥデイ : 23 (12), pp.84-88.
- 高橋泰 (2015) 全国各地の医療・介護の余力を評価する (2015年6月4日).
http://www.policycouncil.jp/pdf/prop04/prop04_3.pdf (2022年9月1日アクセス可能)
- 高橋都 (2003) がん患者とセルフヘルプ・グループ -当事者が主体となるグループの効用と課題. ターミナルケア : 13 (5), pp.357-360.
- 竹内恵美・小川祐子・原沙彩 他 (2016) 乳がんサバイバーにおける 再発不安の構成要因の検討 -再発の心配および対処行動の観点から-. 行動医学研究 : 22 (1), pp.9-17.
- 武知浩和・松岡由江・秋月佐代 他 (2017) 多職種連携による緩和治療が有効であった乳腺悪性葉状腫瘍の1例. 四国医学雑誌 : 73 (3-4), pp.169-172.
- 武部経介・角村勇樹・高取梓 他 (2015) がんターミナル期の転院・施設入所支援. 大阪府済生会中津病院年報 : 25 (2), pp.242-245.
- 武山ゆかり (2000) 乳がん患者のこころのケア ケースワーカーの立場から. 臨床看護 : 26 (7), pp.1096-1101.
- 田中桂子 (2011) 緩和医療の現状と展望 -シームレスながん医療のために知っておきたいこと-. 肺癌 : 51 (2), pp.131-134.

- 田中理佳・鎌仲知美 (2014) がん患者サロン『ほっとピア』の現状と課題 -自分をとりもどす力を引き出す看護師のエンパワメント-. 看護研究集録 (平成 25 年度), pp.100-102.
- 谷義幸 (2017) MSW の退院支援における連携の課題 高齢がん患者の事例を通して. ソーシャルワーク実践研究 : 6, pp.21-35.
- 谷山智子・清水千佳子・垣本看子 他 (2014) がん診療における QOL と生存期間の優先順位の検討 乳がん患者・医師・メディカルスタッフの比較, Palliative Care Research : 9 (3) , pp.101-106.
- 田村里子 (1994) 今 求められるチーム医療とは? 癌医療と MSW. ナーシング・トゥデイ, 9 (3) , pp.8-11.
- 田村里子 (1997) 全人的苦痛に“つながり”をもたらすもの. ターミナルケア; 7 (4) , pp.269-275.
- 田村里子 (2003a) がん緩和医療とソーシャルワーカー -現状と展望. がん看護: 8 (3) , pp.187-190.
- 田村里子 (2003b) がん疼痛治療とソーシャルワーク. 日本ペインクリニック学会誌 : 10 (3) , p.282.
- 田村里子 (2003d) ソーシャルワーカーからみたがんの痛みのケア. がん看護 : 8 (2) , pp.115-120.
- 丹野眞紀子 (2016) ソーシャルワーカーに対するグループ・スーパービジョンを考える -ピア・スーパービジョンの実施から-. 人間生活文化研究 : 2016 (26) , pp.44-50.
- 力石泉 (2014) 高齢患者の在宅療養継続に向けた試み 病棟内サロンが患者・看護師にもたらした効果について. ナーシングビジネス : 8 (5) , pp.440-445.
- 佃志津子・坂本はと恵・高井緑子 他 (2015) 「がんとソーシャルワーク」に関する探索的分析 尺度作成の試みと関連要因の検討. 医療と福祉 : 48 (2) , pp.40-46.
- 鶴見三代子・山口忍・綾部明江 他 (2019) 難病療養者の生活のしやすさを支援するための多職種連携と難病サロンの役割. 保健医療福祉連携 : 12 (1) , pp.35-36.
- 寺田佐代子 (2012) がん患者仲間同士の支え合い“ピアサポート”. 医学のあゆみ: 242 (3) , pp.281-284.
- 寺田佐代子 (2013) 患者のボランティア精神に依存するがん患者支援対策にもの申す. 医学のあゆみ : 244 (7) , pp.636-639.
- 東樹京子・吉川久美子・上別府圭子 (2012) 小児がん患児の復学支援 感染症に対する看護師からの情報提供. 小児がん看護 : 7, pp.7-16.
- 戸塚紀子・高橋トミエ・大丸知子 他 (2002) 在宅介護を必要とする頭頸部癌患者の退院指導. 関東農村医学会抄録集 : 29, pp.98-100.
- 徳田登母子 (2019) 済生会交差点 患者の要望に多職種で応えるがんサロン“コスモスの会” : がん患者を支える : 〈愛媛〉松山病. 済生 : 95 (9) , pp.15-17.
- 徳山磨貴 (2006) 在宅ホスピスケアにおける家族の心理・社会的ニーズ その構成因子と満足度との関連. ソーシャルワーク研究 : 32 (1) , pp.58-65.

- 富田吉敏 (2016) 痛みの多面的評価に基づいた対応により改善した舌痛を訴える3症例. 慢性疼痛 : 35 (1), pp.50-56.
- 内閣府大臣官房政府広報室 (2014) がん対策に関する世論調査 平成 26 年 11 月調査. <https://survey.gov-online.go.jp/h26/h26-gantaisaku/index.html> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 長岡広香・坂下明大・濱野淳 他 (2017) がん診療連携拠点病院のソーシャルワーカー・退院調整看護師から見た緩和ケア病棟転院の障壁. Palliative Care Research : 12 (4), pp.789-799.
- 中川明子・臼井一雄 (2012) 自由な音楽活動が不安・焦燥感や不眠を訴える患者に及ぼす効果 頓服薬使用頻度と二次元気分尺度測定値の変化を中心に. 日本精神科看護学術集会誌 : 55 (1), pp.314-315.
- 仲沢富枝・小野興子・小林美雪 他 (2005) がん病者のセルフヘルプ・グループの有効性の考察 -参加者の語りの分析から. 日本看護学会誌 : 15 (1), pp.102-110.
- 中村明美 (1997) フィンランドにおける慢性疾患の子どもの援助システム -全人的復権の観点から-. 龍谷大学大学院 社会学研究科紀要 : 5 (5), pp.189-193.
- 中村明美 (1999) フィンランドにおける癌の子どもに対するソーシャルワーク. 国際医療福祉最前線. 東京都 : 勁草書房, pp.159-179.
- 中村明美 (2005) 第 4 章 緩和ケア, 第 5 章 ルーイッシュヤム病院内医療チーム 2 節.ST 言語療法, 3 節.転倒クリニック. 平成 16-18 年度科学研究費補助金調査基盤研究 (B) イギリス中間ケア現地調査現地調査報告書. pp.55-57, 59-62.
- 中村明美 (2019) 地域間サロンにおけるがん患者同士の見守りに関する研究. 単身高齢者の見守りと医療をつなぐ地域包括ケア -先進事例から見る支援とネットワーク-. (編者杉崎千洋・小野達也・金子努) 東京都 : 中央法規出版, 254-268.
- 中村砂織・生駒樹里 (2018) がん相談支援センターが中心となり地域や院内専門職種との多職種連携により 独居患者の希望を支えた一例. がん看護 : 23 (3), pp.331-334.
- 那須さとみ (2011) がん患者サロンにおけるスピリチュアルケアの一考察. 関西教育学会年報 : 35, pp.136-140.
- 檜木博之 (2013) がん末期で入院した身寄りのない 70 代の男性「家に帰りたい」と言いながら 45 日で死亡 どうすべきだったのか? MSW による事例検討会. 月刊ケアマネジメント : 24 (12), pp.44-49.
- 西村元一・御船亮史 (2016) インタビュー・ルーム (998) がん患者サロン「日本版マギー」を 西村元一さん (57) NPO 法人がんとむきあう会代表. 厚生福祉 : 6254, p.13.
- 祢津加奈子 (2011) ソーシャルワーカー 患者と横並びの関係で患者の心の声を聞く. がんサポート : 9 (6), pp.96-99.

- 長谷川直子・植竹日奈・小林和代 他 (2018) 他の医療機関のソーシャルワーカーとのコラボレーションによる
退院支援 もう一度、ご夫婦が一緒に暮らすために. 医療と福祉 : 52 (1) , pp.24-29.
- 服部弘依 (2016) ターミナル期において在宅への退院を決定した患者・家族への関わりを振り返って 満足の
いく選択を可能にするためには. 静岡赤十字病院研究報 : 36 (1) , pp.84-88.
- 花井美紀 (2016) がん患者さんと家族が安心して相談できる場所 名古屋市がん相談情報サロン・ピアネット
(特集 がんサバイバーシップを支える). 地域保健 : 47 (6) , pp.16-21.
- 花出正美・小野桂子・林美子 他 (2017) サポートグループ「がんを知って歩む会」の新規立ち上げ・運営に関
する医療者のニーズと課題. ホスピスケア : 28 (1) , pp.50-55.
- 埴岡健一 (2012) 日本のがん対策:第一期がん対策推進基本計画期間 (2007~2011年度) の総括と第二期期
間 (2012~2016年度) への展望. 保健医療科学 : 61 (6) , pp.524-542.
- 林利津子 (2004) 急性期病院における終末期医療へのソーシャルワーカーの取り組み. 小倉記念病院紀要 :
37 (1) , pp.49-53.
- 原田小夜・山本昌恵・西田大介 (2019) がん患者が抱える経済的な問題と家計の見通しを立てるために必要と
する情報と支援 がん患者サロン参加者へのインタビューから. 日本健康医学会雑誌 : 28 (2) , pp.147-
156.
- 東秀彦・池末マミ・是澤広美 他 (2017) がん相談支援における多職種連携について. 済生会吹田病院医学雑
誌 : 23 (1) , pp.3-5.
- 樋口明子・近藤博子 (2009) 死別後の問題. 小児看護 : 32 (9) , pp.1251-1255.
- 樋口明子・村松愛子・久保田純 他 (2009) ソーシャルワーク実践における記録の意義の再発見 小児がんの
再発例の患児家族とのかかわりを通して. ソーシャルワーク研究 : 35 (2) , pp.144-149.
- 久村和穂・大森晶子・渡邊奈々子 他 (2015) 社会保険労務士と協働によるがん患者就労支援 石川県がん患
者就労相談事業を通して. 医療と福祉 : 49 (1) , pp.33-43.
- 日野原重明 監修 (2014) 実践 がんサバイバーシップ -患者の人生を共に考えるがん医療をめざして. 東京
都 : 医学書院.
- 広島大学 (2015) がん相談支援センターのPDCA 訪問調査報告. [https://www.hiroshima-
u.ac.jp/system/files/67275/27_sodan_report.pdf](https://www.hiroshima-u.ac.jp/system/files/67275/27_sodan_report.pdf) (2022年9月1日アクセス可能)
- 福士貴子 (1991) 病院訪問教員のソーシャル・ワーク機能 -小児がん患者の病院訪問教育から. 社会福祉 :
32, pp.101-111.
- 福田将大 (2012) 末期がん患者の看取り 独居・身寄りなしのターミナル患者が抱える課題. 医療アドミニスト
レーター : 4 (32) , pp.56-61.

- 福地智巴 (2016) 患者の薬剤物語を読み解き連携・協働に活かす. ファルマシア : 52 (6), pp.546-548.
- 福地智巴 (2020) シチュエーションに沿った各専門家の家族ケア ベストプラクティス 家族が遠方でなかなか会えないとき 医療ソーシャルワーカーの立場から. 緩和ケア : 30 (6 月増刊), pp.82-86.
- 福永隼也・西川仁・徳永健伸 他 (2017) 対話における話題の抽出を目的とした発話クラスタリング. 言語処理学会 第 23 回年次大会 発表論文集, pp.1022-1025.
- 藤田愛 (2019) 男性から託された願いと約束 「いつか僕のことを多くの人に伝えてほしい」. 看護管理 : 29 (12), pp.1128-1131.
- 平安山志子・伊禮博子・金城幸代 他 (2002) 終末期における患者の望む予後と看護者との期待にずれを生じた一事例の検討. 日本看護学会論文集: 老人看護 : 32, pp.8-9.
- 日本対がん協会 (2013) 平成 24 年度厚生労働省委託事業 がん総合相談に携わる者に対する研修プログラム策定事業 研修テキスト がんピアサポーター編 ～これからピアサポートをはじめの人へ～. <http://www.jcancer.jp/can-navi/wp-content/uploads/2015/10/00.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)
- 本家裕子(2002) ターミナルケアにおける医療ソーシャルワークに関する研究の動向. 臨床死生学年報 : 7, pp.64-72.
- 本家裕子・恒藤暁・柏木哲夫 (2003) 一般病院における末期がん患者へのソーシャルワーク 円滑な自宅への退院援助についての考察. 医療と福祉 : 36 (1), pp.42-46.
- 本家裕子・恒藤暁・柏木哲夫 (2004) がんの終末期ケアにおけるソーシャルワーク 実態調査及び専門的役割についての検証. 医療と福祉 : 37 (1), pp.45-50.
- 前田景子・近藤まゆみ (1997) がん患者の場合. 看護学雑誌 : 61 (3), pp.231-234.
- 前田有希 (2017) 患者自身による意思決定を支援するための関わり 倫理ケースカンファレンスを通して. 国立病院機構熊本医療センター医学雑誌 : 16 (1), pp.177-180.
- 増澤京子・竹内沙弥香・所真由美 他 (2016) 女性のがん患者の生活・生命の質 (QOL) の実態調査 : 術後 1 年間の QOL 調査結果から. 信州大学医学部附属病院看護研究集録 : 45 (1), pp.1-6.
- 松沼晶子・二渡玉江 (2020) ピアサポートを受けたがん患者の思いに関する研究内容の分析. 桐生大学紀要 : 31, pp.99-107.
- まつばらけい (2009) セルフヘルプという生き方「子宮・卵巣がんのサポートグループあいあい」. 緩和医療学 : 11 (2), pp.162-166.
- 松本歩・中野かおり・渡辺律子 (2009) 精神疾患患者の化粧による気分の変化. 日本精神科看護学会誌 : 52 (1), pp.384-385.
- 真野俊樹 (2019) 医療に求められる変化 -患者満足を高めるために-. 国民生活研究 : 59 (2), pp.16-33.

三浦捷一 (2010) 望ましいがん対策 ―患者・家族の立場から―.

https://hgpi.org/wp-content/uploads/2010-04-08_01_53796.pdf (2022年9月1日アクセス可能)

光行多佳子 (2014) がん診療連携拠点病院における「がん患者サロン」普及促進のための研究. 科学研究費

助成事業研究成果報告書 2014年5月22日. [https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-](https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-24659985/24659985seika.pdf)

24659985/24659985seika.pdf (2022年9月1日アクセス可能)

湊万里子 (2017) 扉を患者の方に向かって開けてください. 医療ソーシャルワーク : 65, pp.21-22.

南本宜子 (2019) 身元保証がない人の入退院支援を考える ミクロ・メゾ・マクロの展開. ソーシャルワーク研

究 : 45 (2), pp.155-160.

嶺岸秀子・千崎美登子 編著 (2008) がん看護の実践-1 エンドオブライフのがん緩和ケアと看取り. 東京都 :

医歯薬出版株式会社.

御牧由子 (2019) 高齢者とその家族のグリーフワーク 医療ソーシャルワーカーの立場から. 精神療法 : 45

(2), pp.173-178.

宮内加奈子・裨津加奈子 (監修) (2011) 患者を支えるということ (4) ソーシャルワーカー 患者と横並びの関係

で患者の心の声を聞く. がんサポート : 9 (6), pp.96-99.

宮内加奈子・半沢裕子 (監修) (2010) 医療費で困ったら、「ソーシャルワーカー」に駆け込もう. がんサポート :

8 (9), pp.19-21.

宮木久美 (2014) 病棟の退院支援力を高める取り組み 看護師と医療ソーシャルワーカーとの効果的連携.

ナースマネジャー : 16 (10), pp.84-87.

宮原和沙 (2018) 癌患者に対する生活支援における医療ソーシャルワーカーの役割 患者の希望する尊厳あ

る生と死のあり方を目指して. 徳島文理大学研究紀要 : 95, pp.45-50.

宮原和沙 (2018) 単身がん患者の自己決定支援における医療ソーシャルワーカーの役割. 純心福祉文化研

究 : 14・15, pp.15-24.

八木亜紀子・熊田貴史 (2017) 事例で考える相談援助のキーワード 波長合わせ. ケアマネジャー : 19 (6) ,

pp.62-65.

八城直子 (2016). MSW 日誌 : メディカルソーシャルワーカーが語る医療相談の現場. 労働者住民医療 : 309,

pp.29-31.

藪田亜寿紗・佐々木幸子 (2010) 虹サロンの試み 不妊患者のネットワーク作りの支援を目指して. 母性衛

生 : 51 (3), p.138.

横山洋子 (1987) 医療・患者そして社会 -がんの手術の体験をとおして. ソーシャルワーク研究 : 12 (4) , pp.232-234.

吉田裕美子・天野博之・河合由美 他 (2020) 呼吸器センターにおける MSW 介入事例の実態と課題に関する一考察. トヨタ医報 : 29, pp.37-42.

令和2度厚生労働省委託事業がん総合相談に携わる者に対する研修事業 改訂委員会 小川朝生・佐々木治一郎・若尾文彦 他 (2020) ピア・サポーター養成テキスト 2020 年度版. <http://www.peer-spt.org/pdf/text2020peerSpt.pdf> (2022年9月1日アクセス可能)

渡辺泰子・高柳和伸 (2012) 薬剤師が在宅医と関わりを持った 1 症例から見えてきたこと. 倉敷中央病院年報 : 74, pp.129-131.

【新聞】

がんと仕事、両立どう支援 ネクストリボン. 朝日新聞. 2020-03-25, 朝刊, 関東版, p.22.

(私、がんになるの? ゲノムが迫る選択) 姉は卵巣がん, 私は乳がん, なぜ. 朝日新聞. 2020-02-02, 朝刊, 全国版, p.1.

(がん新時代:104) AYA 世代の支援, 広がれ 制度の谷, 将来への悩み多様. 朝日新聞. 2019-11-23, 朝刊, 関東版, p.28.

緩和ケア医、自身のがん体験出版 三重の大橋洋平さん, 転移判明後に. 朝日新聞. 2019-08-03, 朝刊, p.28.

(がん新時代:101) 不安な気持ち, まず受け止めて 患者や家族への接し方は. 朝日新聞. 2019-05-25, 朝刊, 関東版, p.34.

はたらくα :がんと仕事の両立/下 中小企業, 柔軟に人材生かす. 毎日新聞. 2019-11-18, 夕刊, 東京都, p.9.

声上げたがん患者らの「バトン」受け取って, つないで. 朝日新聞デジタル. 2018-02-01.

<https://www.asahi.com/articles/ASL1W7DCGL1WUQIP00W.html> (2022年9月1日アクセス可能)

附録

【附録 1】 2018 年～2019 年 島根県 サロン参加者 調査票

【附録 2】 2018 年～2019 年 島根県 サロン世話役 調査票

【附録 3】 表 1-1 がん対策基本法成立前後のがん患者の動き
参考資料一覧

【附録 4】 表 1-3 2021 年度の都道府県のがんサロン数と開催場所
参考資料一覧

【附録 5】 表 2-3 がん対策基本法成立前後の島根県のがん対策とがん
サロンの関連 参考資料一覧

【附録 1】

1

記入日： 年 月 日

整理番号

2018年～2019年 島根県 サロン参加者 調査票

◆ 1. はじめてサロンに参加した時の状況 ◆

問 1. はじめてサロンに参加した時のことをお尋ねします。

q1-1. はじめてサロンに参加したのはいつですか。

平成 () 年 () 月 頃

q1-2. どうしてサロンに参加しようと思いましたか。

()

q1-3. はじめてサロンに参加した時の感想をお教え下さい。

()

q1-4. はじめてサロンを知ったきっかけはなにですか。1つだけ○をおつけ下さい。

①. 医師からの紹介 ②. 医師以外の医療従事者 ③. 家族 ④. 友人 ⑤. 職場の人

⑥. サロンの開催看板やイベント ⑦. 広報誌 ⑧. インターネット ⑨. その他 ()

◆ 2. 現在のサロンの参加について ◆

問 2. 現在のサロンについてお尋ねします。

q2-1. サロンの利用頻度をお教え下さい。

() 回 / 年 もしくは, () 回 / 月

q2-2. 参加をはじめてから, 利用頻度は変わりましたか。どちらか1つに○をおつけ下さい。

①. はい ②. いいえ

↳ ①. はいの方にお尋ねします。変化をお教え下さい。

()

q2-3. あなたにとってサロンはどのような場所ですか。

()

q2-4. サロンで話したいけど, 話にくい話題がありますか。全てあてはまるものに○をおつけ下さい。

①. 経済的なこと ②. 告知 (こども・職場・友人・その他) ③. 疼痛緩和と鎮静

④. 人生の最終段階の過ごし方 ⑤. 性生活 ⑥. 容姿の変貌 ⑦. 看取り

⑧. 遺言 ⑨. 遺産相続 ⑩. 代理人 ⑪. 延命治療

⑫. その他 ()

1

◆ 3. サロンの活用の効果 ◆

問3. サロンに参加したことについてお尋ねします。

次の4問は、病気の理解についてお尋ねします。

q3-1-1. サロンに参加することで、病気に対する身体の症状（痛み、副作用、後遺症など）に関して、理解が深まりましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-1-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。理解の程度を5段階で示して下さい。
(少 し) 1 2 3 4 5 (ととも)

q3-2-1. サロンに参加することで、がんの進行や再発に関する理解が深まりましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-2-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。理解の程度を5段階で示して下さい。
(少 し) 1 2 3 4 5 (ととも)

q3-3-1. サロンに参加することで、治療に関する理解が深まりましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-3-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。理解の程度を5段階で示して下さい。
(少 し) 1 2 3 4 5 (ととも)

q3-4-1. サロンに参加することで、セカンドオピニオンや病院選びについて知識が深まりましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-4-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。深まりの程度を5段階で示して下さい。
(少 し) 1 2 3 4 5 (ととも)

次の4問は、気持ちの変化についてお尋ねします。

q3-5-1. サロンに参加することで、不安や落ち込みなどの否定的(マイナス)な気持ちがやわらぎましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-5-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。やわらいだ程度を5段階で示して下さい。
(少 し) 1 2 3 4 5 (ととも)

q3-6-1. サロンに参加することで,前向きな気持ちや考えなどの肯定的(プラス)な気持ちになりましたか.

- ①. はい ②. いいえ

q3-6-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします. 気持ちの程度を 5 段階で示して下さい.
(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-7-1. サロンに参加することで,自分自身の考えを整理し感情をコントロールしやすくなりましたか.

- ①. はい ②. いいえ

q3-7-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします. 気持ちの程度を 5 段階で示して下さい.
(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-8-1. サロンに参加することで, 病気になったことを受けとめられるようになりましたか.

- ①. はい ②. いいえ

q3-8-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします. コントロールの程度を 5 段階で示して下さい.
(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

次の 3 問は,周りの人達とのコミュニケーションについてお尋ねします.

q3-9-1. サロンに参加することで,医療関係者とのコミュニケーションが図りやすくなりましたか.

- ①. はい ②. いいえ

q3-9-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします. 図りやすくなった程度を 5 段階で示して下さい.
(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-10-1. サロンに参加することで,自分の病気について家族に話すようになりましたか.

- ①. はい ②. いいえ

q3-10-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします. 話しの程度を 5 段階で示して下さい.
(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-11-1. サロンに参加することで,家族以外の人との交流が深まりましたか.

- ①. はい ②. いいえ

q3-11-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします. 深まりの程度を 5 段階で示して下さい.
(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

次の6問は、生活の変化についてお尋ねします。

q3-12-1. サロンに参加することで、経済的（治療費や生活費等）な負担がやわらぎましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-12-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。やわらぎの程度を5段階で示して下さい。
(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-13-1. サロンに参加することで、仕事や学校などの社会生活に取り組めるようになりましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-13-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。取り組みの程度を5段階で示して下さい。
(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-14-1. サロンに参加することで、日常生活（治療後の生活、家事、子育て、介護など）に関する情報を得ることができましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-14-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。獲得の程度を5段階で示して下さい。
(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-15-1. サロンに参加することで、治療と生活のバランスを考えられるようになりましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-15-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。考えられるようになった程度を5段階で示して下さい。
(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-16-1. サロンに参加することで、休息（睡眠含む）や余暇活動を取り入れられるようになりましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-16-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。取り入れる程度を5段階で示して下さい。
(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-17-1. サロンに参加することで,将来について考えられるようになりましたか.

- ①. はい ②. いいえ

q3-17-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします.考えられるようになった程度を 5 段階で示して下さい. (少し) 1 2 3 4 5 (とても)

次の 2 問は,人とのつながりについてお尋ねします.

q3-18-1. サロンに参加することで,サロンの参加者への交流が深まりましたか.

- ①. はい ②. いいえ

q3-18-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします.深まりの程度を 5 段階で示して下さい. (少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-19-1. サロンに参加することで,サロン以外の同病者とのつながりが増えましたか.

- ①. はい ②. いいえ

q3-19-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします.増加の程度を 5 段階で示して下さい. (少し) 1 2 3 4 5 (とても)

次の 2 問は,今後のサロン活動についてお尋ねします.

q3-20-1. あなたはサロンのお世話役になろうと思いますか.

- ①. はい ②. いいえ

q3-20-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします.思う程度を 5 段階で示して下さい. (少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-21-1. あなたは同病者同士の支え合いを行いたいと思いますか.

- ①. はい ②. いいえ

q3-21-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします.支え合う程度を 5 段階で示して下さい. (少し) 1 2 3 4 5 (とても)

◆ 4. 今のあなたのことについて ◆

問4. あなた自身のことについてお尋ねします

q4-1. 平成31年3月末日で、あなたは、何歳ですか。 () 歳 () ヶ月

q4-2. 性別をお教え下さい。 ①. 男性 ②. 女性

q4-3. 現在、同居しているご家族と、ご自分を含めて何人ですか。 自分を含めて () 人

q4-4-1. これまで、病気等に関する勉強会・研修等を受講したことがありますか

①. はい ②. いいえ

└─┘ q4-4-2. 「はい」の方にお尋ねします。参加したものに○をおつけ下さい。

ア. サロン研修・交流会 イ. 病院内の学習会 ウ. 地域での学習会
エ. ピアサポート研修 オ. 患者家族支援部会議 カ. がん相談員研修
キ. その他 ()

◆ 5. 初めての診断状況 ◆

問5. はじめてがんと診断された時のことをお尋ねします。

q5-1. はじめてがんと診断された時はおいくつでしたか。 () 歳 () ヶ月

q5-2. その時の病名をお教え下さい。
()

q5-3. その時のステージをお教しく下さい。

①. ステージ0 ②. ステージ1 ③. ステージ2 ④. ステージ3
⑤. ステージ4 ⑥. わからない ⑦. その他 ()

◆ 6. 現在の状況 ◆

問6. 現在の状況をお尋ねします。

q6-1. 現在の治療の状態をお尋ねします。

①. 治療している ⇒ (q6-2.へお進み下さい) ②. 治療していない ⇒ (q6-4.へお進み下さい)

q6-2. q6-1. ①で、「治療している」の方へお尋ねします。

現在の治療・療養の過程について、該当するものに○をおつけ下さい。

- ①. 入院治療（1ヶ月以上） ②. 入院治療（1ヶ月未満） ③. 外来治療 ④. 在宅療養
⑤. わからない ⑥. その他（ ）

q6-3. q6-1. ①で、「治療している」の方へお尋ねします。

現在の治療方法について、該当するものに○をおつけ下さい。

- ①. 手術治療 ②. 化学療法（抗がん剤） ③. 放射線治療 ④. ホルモン療法
⑤. 症状を緩和する医療的ケア（疼痛、リハビリなど） ⑥. 鍼灸やアロマセラピーなどの代替療法
⑦. その他（ ）

q6-4. q6-1.②で、「治療していない」の方へお尋ねします。

- ①. 治療はしない ②. 定期的な検査のみ ③. 治療が終了し定期的な検査も行っていない
④. その他（ ）

◆ 7. 最後に皆様のお声をお聞かせ下さい ◆

問7. サロンのあり方をはじめ、どのような支援があったら生活しやすいと思われませんか、下記の空欄を使ってご自由にお書き下さい。

以上で調査は終わりです。
ご協力、本当にありがとうございました。

【附録 2】

記入日： 年 月 日

整理番号

2018年～2019年 島根県 サロン世話役 調査票

◆ 1. はじめてサロンに参加した時の状況 ◆

問 1. はじめてサロンに参加した時のことをお尋ねします。

q1-1. はじめてサロンに参加したのはいつですか。
平成 () 年 () 月 頃

q1-2. どうしてサロンに参加しようと思いましたか。
()

q1-3. はじめてサロンに参加した時の感想をお教え下さい。
()

q1-4. はじめてサロンを知ったきっかけはなにですか。1つだけ○をおつけ下さい。
①. 医師からの紹介 ②. 医師以外の医療従事者 ③. 家族 ④. 友人 ⑤. 職場の人
⑥. サロンの開催看板やイベント ⑦. 広報誌 ⑧. インターネット ⑨. その他()

◆ 2. 現在のサロンの参加について ◆

問 2. 現在のサロンについてお尋ねします。

q2-1. サロンの利用頻度をお教え下さい。
() 回/年 もしくは、() 回/月

q2-2. 参加をはじめてから、利用頻度は変わりましたか。どちらか1つに○をおつけ下さい。
①. はい ②. いいえ
↳ ①. はいの方にお尋ねします。変化をお教え下さい。
()

q2-3. あなたにとってサロンはどのような場所ですか。
()

q2-4. サロンで話したいけど、話しにくい話題がありますか。全てあてはまるものに○をおつけ下さい。
①. 経済的なこと ②. 告知 (こども・職場・友人・その他) ③. 疼痛緩和と鎮静
④. 人生の最終段階の過ごし方 ⑤. 性生活 ⑥. 容姿の変貌 ⑦. 看取り
⑧. 遺言 ⑨. 遺産相続 ⑩. 代理人 ⑪. 延命治療
⑫. その他 ()

◆ 3. サロンの活用の効果 ◆

問3. サロンに参加したことについてお尋ねします。

次の4問は、病気の理解についてお尋ねします。

q3-1-1. サロンに参加することで、病気に対する身体の症状（痛み、副作用、後遺症など）に関して、理解が深まりましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-1-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。理解の程度を5段階で示して下さい。
(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-2-1. サロンに参加することで、がんの進行や再発に関する理解が深まりましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-2-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。理解の程度を5段階で示して下さい。
(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-3-1. サロンに参加することで、治療に関する理解が深まりましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-3-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。理解の程度を5段階で示して下さい。
(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-4-1. サロンに参加することで、セカンドオピニオンや病院選びについて知識が深まりましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-4-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。深まりの程度を5段階で示して下さい。
(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

次の4問は、気持ちの変化についてお尋ねします。

q3-5-1. サロンに参加することで、不安や落ち込みなどの否定的(マイナス)な気持ちがやわらぎましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-5-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。やわらいだ程度を5段階で示して下さい。
(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-6-1. サロンに参加することで、前向きな気持ちや考えなどの肯定的(プラス)な気持ちになりましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-6-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。気持ちの程度を5段階で示して下さい。

(少し) 1 2 3 4 5 (とても)



q3-7-1. サロンに参加することで、自分自身の考えを整理し感情をコントロールしやすくなりましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-7-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。気持ちの程度を5段階で示して下さい。

(少し) 1 2 3 4 5 (とても)



q3-8-1. サロンに参加することで、病気になったことを受けとめられるようになりましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-8-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。コントロールの程度を5段階で示して下さい。

(少し) 1 2 3 4 5 (とても)



次の3問は、周りの人達とのコミュニケーションについてお尋ねします。

q3-9-1. サロンに参加することで、医療関係者とのコミュニケーションが図りやすくなりましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-9-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。図りやすくなった程度を5段階で示して下さい。

(少し) 1 2 3 4 5 (とても)



q3-10-1. サロンに参加することで、自分の病気について家族に話すようになりましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-10-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。話しの程度を5段階で示して下さい。

(少し) 1 2 3 4 5 (とても)



q3-11-1. サロンに参加することで、家族以外の人との交流が深まりましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-11-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。深まりの程度を5段階で示して下さい。

(少し) 1 2 3 4 5 (とても)



次の6問は、生活の変化についてお尋ねします。

q3-12-1. サロンに参加することで、経済的（治療費や生活費等）な負担がやわらぎましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-12-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。やわらぎの程度を5段階で示して下さい。
(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-13-1. サロンに参加することで、仕事や学校などの社会生活に取り組めるようになりましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-13-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。取り組みの程度を5段階で示して下さい。
(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-14-1. サロンに参加することで、日常生活（治療後の生活、家事、子育て、介護など）に関する情報を得ることができましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-14-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。獲得の程度を5段階で示して下さい。
(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-15-1. サロンに参加することで、治療と生活のバランスを考えられるようになりましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-15-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。考えられるようになった程度を5段階で示して下さい。
(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-16-1. サロンに参加することで、休息（睡眠含む）や余暇活動を取り入れられるようになりましたか。

- ①. はい ②. いいえ

q3-16-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします。取り入れる程度を5段階で示して下さい。
(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-17-1. サロンに参加することで,将来について考えられるようになりましたか.

- ①. はい ②. いいえ

q3-17-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします.考えられるようになった程度を 5 段階で示して下さい.

(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

次の 2 問は,人とのつながりについてお尋ねします.

q3-18-1. サロンに参加することで,サロンの参加者への交流が深まりましたか.

- ①. はい ②. いいえ

q3-18-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします.深まりの程度を 5 段階で示して下さい.

(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-19-1. サロンに参加することで,サロン以外の同病者とのつながりが増えましたか.

- ①. はい ②. いいえ

q3-19-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします.増加の程度を 5 段階で示して下さい.

(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

次の 2 問は,今後のサロン活動についてお尋ねします.

q3-20-1. あなたはサロンのお世話役になり続けようと思いませんか.

- ①. はい ②. いいえ

q3-20-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします.思う程度を 5 段階で示して下さい.

(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

q3-21-1. あなたは同病者やサロン同士の支え合いを行いたいと思いませんか.

- ①. はい ②. いいえ

q3-21-2. 「はい」と答えられた方にお尋ねします.支え合いの程度を 5 段階で示して下さい.

(少し) 1 2 3 4 5 (とても)

◆ 4. 今のあなたのことについて ◆

問 4. あなた自身のことについてお尋ねします

q4-1. 平成31年3月末日で、あなたは、何歳ですか。 () 歳 () ヶ月

q4-2. 性別をお教え下さい。 ①. 男性 ②. 女性

q4-3. 現在、同居しているご家族と、ご自分を含めて何人ですか。 自分を含めて () 人

q4-4-1. これまで、病気等に関する勉強会・研修等を受講したことがありますか

①. はい ②. いいえ

└─▶q4-4-2. 「はい」の方にお尋ねします。参加したものに○をおつけ下さい。
ア. サロン研修・交流会 イ. 病院内の学習会 ウ. 地域での学習会
エ. ピアサポート研修 オ. 患者家族支援部会議 カ. がん相談員研修
キ. その他 ()

◆ 5. 初めての診断状況 ◆

問 5. はじめてがんと診断された時のことをお尋ねします。

q5-1. はじめてがんと診断された時はおいくつでしたか。 () 歳 () ヶ月

q5-2. その時の病名をお教え下さい。
()

q5-3. その時のステージをお教しく下さい。
①. ステージ0 ②. ステージ1 ③. ステージ2 ④. ステージ3
⑤. ステージ4 ⑥. わからない ⑦. その他 ()

◆ 6. 現在の状況 ◆

問 6. 現在の状況をお尋ねします。

q6-1. 現在の治療の状態をお尋ねします。

①. 治療している ⇒ (q6-2.へお進み下さい) ②. 治療していない ⇒ (q6-4.へお進み下さい)

q6-2. q6-1. ①で、「治療している」の方へお尋ねします。

現在の治療・療養の過程について、該当するものに○をおつけ下さい。

①. 入院治療 (1ヶ月以上) ②. 入院治療 (1ヶ月未満) ③. 外来治療 ④. 在宅療養
⑤. わからない ⑥. その他 ()

【附録3】表1-1 がん対策基本法成立前後のがん患者の動き 参考資料一覧

表1-1「がん対策基本法成立前後のがん患者の動き -厚生労働省、総務省などの行政資料を基に-」は下記の資料から作成した。

一般財団法人 医療の質・安全学会 (2021) 島根県における「がんサロン」の活動. 新しい医療のかたち賞.

2007～2015, 5. https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=79aa8258&dataType=0&pageNo=1 (2022年9月1日アクセス可能)

一般財団法人 厚生労働統計協会 (2021) わが国におけるがん対策の現状と課題. 国民衛生の動向・厚生指標 増刊 : 68 (9), pp.166-169.

NPO 法人 がんと共に生きる会 (2001) がん医療の現状に対する会の取り組み. http://www.cancer-jp.com/category/report/rep_all/rep_2001 (2022年9月1日アクセス可能)

NPO 法人 がんと共に生きる会 (2004) がん治療薬の「混合診療」解禁を求める要請書. <http://www.cancer-jp.com/report/data/request/548.html> (2022年9月1日アクセス可能)

尾辻秀久 (2006) 産経新聞 : 【医療を問う 第4部】(6) 「地域格差」解消へ 2006-11-4.

<http://www.otsuji.gr.jp/action/20061104.html> (2022年9月1日アクセス可能)

片木美穂 (2011) 第3回厚生科学審議会 医薬品等制度改正検討部会.

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001aohz-att/2r9852000001djmd.pdf> (2022年9月1日アクセス可能)

厚生労働省 (2003) 「第3次対がん10か年総合戦略」について.

<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2003/07/h0725-3.html> (2022年9月1日アクセス可能)

厚生労働省 (2005) 「がん医療水準均てん化の促進に関する検討会」への要望書.

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/03/dl/s0329-10e2.pdf> (2022年9月1日アクセス可能)

厚生労働省 (2005) 「健康フロンティア戦略」の推進に向け取り組むべき施策について.

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0725-7h.html> (2022年9月1日アクセス可能)

厚生労働省 (2006) がん対策基本法 (平成18年6月23日 法律第98号).

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=79aa8258&dataType=0&pageNo=1 (2022年9月1日アクセス可能)

厚生労働省 (2009) がん検診について. <https://www.mhlw.go.jp/seisaku/2009/08/05.html> (2022年9月1日アクセス可能)

厚生労働省 (2018) がん対策推進基本計画.

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000196975.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

佐々木雄三 (2003) 抗がん剤治療専門医の育成等」に関する意見書. <https://www.izumo.ne.jp/sasaki-yuzo/sub91.html> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

佐々木雄三 (2006) 日本のがん医療水準向上に向けた要望書. <https://www.izumo.ne.jp/sasaki-yuzo/sub125.html> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

島根県 (2018) 島根県がん対策推進計画 (平成 30 年 3 月).

<https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kenko/gan/gantaisakusuishinkeikaku.data/2gankeikaku2018.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

田龍一・武宮健司 (2015) がんサロンの全国的運営状況および島根県における運営・活動実態に関する事例研究. 日本建築学会学術報告書 : 21 (47) , pp.259-264.

特定非営利活動法人 がん患者団体支援機構 (2005) 第 1 回がん患者大集会.

<https://canps.jp/meeting/2005/main.htm> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

特定非営利活動法人 がん患者団体支援機構 (2006) 第 2 回がん患者大集会.

<https://canps.jp/meeting/2006/main.html> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

富田明人 (2014) がん情報サロンボード.

<https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kenko/gan/gansalon/ganjouhousaron.data/h26.pdf?site=sp> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

埴岡健一 (2007) 患者の想いは日本一 -「患者サロン」で悩みを受け止め.

<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/cancernavi/report/200707/100082.html> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

福島安紀 (2009) 全国がんサロン交流会開催 (上) サロン 22 カ所, 募金 6 億超を実現した島根の秘密.

<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/cancernavi/report/200909/100364.html> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

福島安紀 (2009) 全国がんサロン交流会開催 (下) サロン 22 カ所, 募金 6 億超を実現した島根の秘密.

<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/cancernavi/report/200910/100374.html> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

ヘルスサイエンスセンター島根. がん対策募金の概要. <https://www.hsc-shimane.jp/gan-taisakubokin/589/> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

ヘルスサイエンスセンター島根 (2017) (旧) がん対策募金の状況について 平成 19 年度～21 年度「旧がん対策募金」集計. <https://www.hsc-shimane.jp/files/original/201704261254010378808.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

ほっとサロン (2009) 第 1 回全国がんサロン交流会 in 島根 開催!. ほっとサロン: 35.

https://www.med.shimane-u.ac.jp/_files/00005210/hot_tayori0910.pdf (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

本田麻由美 (2008) がん対策の推進と国民・患者参画 -法制定に患者の声が果たした役割-. 保健医療科学 : 57 (4) , pp.362-365. <https://www.niph.go.jp/journal/data/57-4/200857040014.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

前田光哉 (2008) わが国におけるがん対策の現状と課題. 保健医療科学 : 57 (4) , pp.304-307.

<https://www.niph.go.jp/journal/data/57-4/200857040002.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

若尾文彦 (2008) がん対策推進における国立がんセンターの役割. 保健医療科学 : 57 (4) , pp.339-341.

<https://www.niph.go.jp/journal/data/57-4/200857040009.pdf> (2022 年 9 月 1 日アクセス可能)

【新聞】

がん治療水準向上を 患者代表ら 県に 23 項目の提案書. 山陰中央新報. 2006-02-22, 朝刊, 出雲版, p.23.

がんサロン発症の地 島根で今秋全国大会 9 月 21 日出雲. 山陰中央新報. 2009-06-1, 朝刊, 出雲版, p.21.

島根県議会 がん撲滅宣言を可決 県は受診体制充実検討. 山陰中央新報. 2009-09-30, 朝刊, 出雲版, p.23.

地域医療のあす (64) 第 11 部 なぜ、がん医療の地域格差を解消できないのか ⑤サロン 悩みや医療情報共有 予防啓発も “駆け込み寺”から進化. 山陰中央新報. 2011-09-30, 朝刊, 出雲版, p.22.

【テレビ番組】

レポート山陰 : 夫の遺志を受け継ぎがん患者サロン開設. BSS 山陰放送, 2006-04-6. (テレビ番組)

レポート山陰 : がん医療を患者中心に. BSS 山陰放送, 2006-02-21. (テレビ番組)

レポート山陰 : がん対策基本法成立 佐藤均さんの遺族に報告. BSS 山陰放送, 2006-06-26. (テレビ番組)

レポート山陰 : 島根のがん患者が国へ意見陳述. BSS 山陰放送, 2006-12-12. (テレビ番組)

レポート山陰 : 病院が協力、がん患者がサロン開設. BSS 山陰放送, 2006-03-15. (テレビ番組)

【附録 4】 表 1-3 2021 年度の都道府県のがんサロン数と開催場所 参考資料一覧

表 1-3「2021 年度の都道府県のがんサロン数と開催場所」は下記の資料から作成した。

北海道

北海道がん診療連携協議会相談・情報部会 北海道がんセンター (2021) 北海道がんサポートハンドブック.
pp.2-3, 8-29, 45-47.

青森

青森県がん診療連携協議会 相談支援部会編集 (2020) 青森がん療養冊子. pp.4-5, 22-23.

岩手

岩手県がん診療連携協議会 情報提供・相談支援部会 情報提供ワーキンググループ編集 (2021) いわたのがん療養サポートブック. pp.15-16.

岩手県 (2021) がん診療連携拠点病院 (令和 3 年 9 月 2 日).

<https://www.pref.iwate.jp/kurashikankyou/iryuu/kenkou/gantaisaku/1003085.html> (2022 年 3 月 11 日アクセス可能)

宮城

宮城県がん診療連携協議会 患者相談部会 (2019) みやぎがんサポートハンドブック. pp.5, 10-11.

秋田

秋田大学医学部附属病院地域医療患者支援センター・がん相談支援センター (2020) あきたがんサポートハンドブック. pp.6, 27-28.

山形

山形県 (2019) やまがたがんサポートハンドブック. pp.6-13, 16-17.

山形県 (2020) 福島県がん診療連携協議会 (2020年7月9日).

<https://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21045c/gan-shinryou-kyougikai.html> (2022年3月11日アクセス可能)

福島

福島県がん診療連携協議会相談支援部会 (2019) がん患者・家族のための福島県がんサポートブック. pp.3-12, 34-41.

福島県 (2020) 福島県がん診療連携協議会 (2020年7月9日).

<https://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21045c/gan-shinryou-kyougikai.html> (2022年3月11日アクセス可能)

茨城

茨城県 (2020) いばらきのがんサポートブック. pp.15-17, 71-81, 83-84.

茨城県 (2020) がん診療連携拠点病院 (国指定) (2020年7月9日).

<https://www.pref.ibaraki.jp/hokenfukushi/yobo/sogo/yobo/cancergrop/cancer-h26/kyotenbyoin.html>
(2022年3月11日アクセス可能)

栃木

栃木県がん診療連携協議会 (2020) 栃木県がん療養ハンドブック. pp.2-12.

がん情報とちぎ (2018) がん医療専門機関 (2018年7月). <http://www.ganjoho-tochigi.jp/face/01.html>
(2022年3月11日アクセス可能)

群馬

群馬県 (2021) ぐんまの安心がんサポートブック. pp.10-31, 75-91.

群馬県 (2019) 都道府県がん診療連携拠点病院・地域がん診療連携拠点病院・群馬県がん診療連携推進病院 (2019年7月1日). <https://www.pref.gunma.jp/02/d2900096.html> (2022年3月11日アクセス可能)

埼玉

埼玉県保健医療部疾病対策課がん対策担当 (2021) 埼玉県がんサポートブック. pp.11-16

埼玉県 (2021) がん医療 (2021 年 10 月 14 日).

<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0705/gantaisaku/ganiryou.html> (2022 年 3 月 11 日アクセス可能)

千葉

千葉県 (2021) 千葉県がんサポートブック:第4版. pp.7-9, 33-39.

千葉県 (2020) がん診療連携拠点病院等 (令和2(2020)年4月6日).

<https://www.pref.chiba.lg.jp/kenzu/gan/kyotenbyouin.html> (2022 年 3 月 11 日アクセス可能)

東京

東京都福祉保健局. がん診療連携拠点病院等.

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryoyou/iryoyou_hoken/gan_portal/hospital/class/kyoten/index.html
(2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

東京都福祉保健局. 東京都がん診療連携拠点病院.

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryoyou/iryoyou_hoken/gan_portal/hospital/class/nintei/index.html
(2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

東京都福祉保健局. 東京都がん診療連携協力病院.

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryoyou/iryoyou_hoken/gan_portal/hospital/class/kyouryoku/index.html
(2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

東京都福祉保健局. 小児がん拠点病院.

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryoyou/iryoyou_hoken/gan_portal/hospital/class/shouni/index.html
(2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

東京都福祉保健局. 東京都小児がん診療病院.

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryoyou/iryoyou_hoken/gan_portal/hospital/class/shouni_hospital/index.html
(2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

東京都福祉保健局. がん診療連携拠点病院等.

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryoyou/iryoyou_hoken/gan_portal/hospital/class/kyoten/index.html
(2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

東京都福祉保健局. がんゲノム医療中核拠点病院.

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryoyou/iryoyou_hoken/gan_portal/hospital/class/genome_chukaku/index.html
(2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

東京都福祉保健局. がんゲノム医療拠点病院.

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryoy/iryoy_hoken/gan_portal/hospital/class/genome_kyoten/index.html (2022年2月1日アクセス可能)

東京都福祉保健局 (2021) がんゲノム医療連携病院 (令和3年4月1日現在).

https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryoy/iryoy_hoken/gan_portal/hospital/class/genome_renkei/index.html (2022年2月1日アクセス可能)

厚生労働省 (2021) がん診療連携拠点病院等の指定について (令和3年3月30日).

<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000761134.pdf> (2022年3月16日アクセス可能)

厚生労働省 (2021) がん診療連携拠点病院等一覧表 (令和3年8月1日現在).

<https://www.mhlw.go.jp/content/000616849.pdf> (2022年3月16日アクセス可能)

国立がん研究センター. 病院一覧 (東京都).

https://hospdb.ganjoho.jp/kyoten/kyotenlist?cf_pref=13&cf_pmp_list=&cf_name= (2022年2月1日アクセス可能)

聖路加国際病院. 患者サロン「茶話会」. http://hospital.luke.ac.jp/guide/cancer/pdf/20140407_salon.pdf (2022年2月1日アクセス可能)

東京慈恵会医科大学附属第三病院. がん相談支援センター.

http://www.jikei.ac.jp/hospital/daisan/cancer_center/soudan.html (2022年2月1日アクセス可能)

慶應義塾大学病院. がん相談支援センターのご案内 患者サロン.

http://www.seirei.or.jp/hamamatsu/news/20190402-202003_2/index.html (2022年2月1日アクセス可能)

慶應義塾大学病院 (2022) 2022年3月 WEB がん患者サロンのご案内.

http://www.hosp.keio.ac.jp/toi/mayoi/pdf/soudan_16.pdf (2022年2月1日アクセス可能)

東京医科大学病院 (2012) 平成24年度 東京医科大学病院 がん患者サロンのご案内.

https://hospinfo.tokyo-med.ac.jp/news/shimin/data/info_20120528.pdf (2022年2月1日アクセス可能)

東京医科大学病院 (2012) 地域がん診療連携拠点病院“がん患者サロン”について. かしわざい : 39.

<https://hospinfo.tokyo-med.ac.jp/iryoy/pdf/kashiwagi39.pdf> (2022年2月1日アクセス可能)

東京医科大学病院. がん患者サロン『とぼす』. <http://shinjuku-gansoudan.com/menu06/page01.html> (2022年2月1日アクセス可能)

国立国際医療研究センター. 国立研究開発法人 国立国際医療研究センター 第 2 期中長期目標期間見込
評価書. https://www.ncgm.go.jp/disclosure/020/020/2nd_hyoukakekka.pdf (2022 年 2 月 1 日アクセス可
能)

東京都立駒込病院. 患者サポートセンター (がん相談支援センター).
<https://www.cick.jp/facility/cancerconsultation.html> (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

東京大学医学部附属病院. 東大患者サロン [https://www.h.u-
tokyo.ac.jp/topics/_icsFiles/afildfile/2019/05/17/TOPICS_012-2018.pdf](https://www.h.u-tokyo.ac.jp/topics/_icsFiles/afildfile/2019/05/17/TOPICS_012-2018.pdf) (2022 年 2 月 1 日アクセス可
能)

東京大学医学部附属病院. 「がん相談支援センター サロン」を開催いたします. どなたでも参加できます.
<https://today-gansodan.jp/category/salon/> (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

東京大学医学部附属病院. がん相談支援センター. <https://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/gansoudan/>
(2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

日本医科大学付属病院. がんサロン. http://www.nms.ac.jp/var/rev0/0007/2722/nyuusen_30.5.26.pdf (2022
年 2 月 1 日アクセス可能)

日本医科大学付属病院. がん相談支援センター (患者支援センター内).
<http://www.nms.ac.jp/hosp/section/cancer-center/support.html> (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

日本医科大学付属病院 (2018) 「がんサロン がん患者さん・家族の交流会」を開催しました.
http://www.nms.ac.jp/hosp/topics/_9736.html (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

順天堂大学医学部附属順天堂医院 (2019) 第 130 回 がん茶論.
https://www.juntendo.ac.jp/hospital/lecture/upload/pdf/salon_130.pdf (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

順天堂大学医学部附属順天堂医院 (2019) 第 130 回 がん茶論.
https://www.juntendo.ac.jp/hospital/lecture/public/detail/lecture_005135.html (2022 年 2 月 1 日アクセス
可能)

順天堂大学医学部附属順天堂医院. 患者さんご家族を支援するプログラム.
<https://www.juntendo.ac.jp/hospital/clinic/cancer/patient/program/> (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

順天堂大学医学部附属順天堂医院.
がん茶論. <https://www.juntendo.ac.jp/hospital/clinic/cancer/patient/program/salon/> (2022 年 2 月 1 日
アクセス可能)

東京医科歯科大学病院. がんサロン. <https://www.tmd.ac.jp/med/canc/consult/canc-salon.html> (2022 年 2 月
1 日アクセス可能)

東京都立墨東病院. がん患者サロン オレンジサロン. http://bokutoh-hp.metro.tokyo.jp/hp_info/orangesalon.html (2022年2月1日アクセス可能)

東京都立墨東病院. がん患者サロン オレンジサロン. http://bokutoh-hp.metro.tokyo.jp/introduce_part/オレンジサロン年間計画.pdf (2022年2月1日アクセス可能)

がん研究会有明病院. がん相談支援センター.
https://www.jfcr.or.jp/hospital/conference/total_care/consultation_support_center/index.html (2022年2月1日アクセス可能)

国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院. 患者教室の紹介.
<https://www.ncc.go.jp/jp/ncch/division/support/020/index.html> (2022年2月1日アクセス可能)

国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院. AYA ひろば.
https://www.jfcr.or.jp/hospital/conference/total_care/consultation_support_center/index.html (2022年2月1日アクセス可能)

昭和大学病院. イベントについて.
https://www.jfcr.or.jp/hospital/conference/total_care/consultation_support_center/index.html (2022年2月1日アクセス可能)

虎の門病院 (2019) 2019年度がんサロン ～ハーモニーの会～.
https://toranomom.kkr.or.jp/cancer/files/upload/cancer/2019_harmony.pdf (2022年2月1日アクセス可能)

国立病院機構東京医療センター. オンラインがんサロンのご案内. https://tokyo-mc.hosp.go.jp/news/nw1_00034.html (2022年2月1日アクセス可能)

国立病院機構東京医療センター. がん相談支援センター. https://tokyo-mc.hosp.go.jp/section/cancer_counseling_support_center.html (2022年2月1日アクセス可能)

東邦大学医療センター大森病院 (2021) 『WEB 大森がんサロン』のお知らせ. https://www.omori.med.tohou-u.ac.jp/gansalon_20211201.pdf (2022年2月1日アクセス可能)

東邦大学医療センター大森病院. <https://www.omori.med.tohou-u.ac.jp> (2022年2月1日アクセス可能)

日本赤十字社医療センター. がん相談支援センター.
<https://www.med.jrc.or.jp/visit/cancer/supportcenter/tabid/782/Default.aspx> (2022年2月1日アクセス可能)

東京女子医科大学附属足立医療センター. がんサロン. <https://twmu-amc.jp/about/map.html> (2022年2月1日アクセス可能)

東京女子医科大学がんセンター. がん患者相談室. <http://www.twmu.ac.jp/CC/services/index.html> (2022年2月1日アクセス可能)

東京女子医科大学がんセンター (2018) 第2回がんサロンすまいる.
http://www.twmu.ac.jp/CC/pdf/2018_10_11_pinkribon.pdf (2022年2月1日アクセス可能)

東京女子医科大学がんセンター. がんサロンすまいる. http://www.twmu.ac.jp/CC/pdf/info_data01.pdf (2022年2月1日アクセス可能)

東京女子医科大学がんセンター (2020) 第15回弥生記念がん哲学外来カフェ開催中止のお知らせ.
http://www.twmu.ac.jp/CC/pdf/20200309_cafe_suspension.pdf (2022年2月1日アクセス可能)

東京女子医科大学がんセンター (2016) 弥生記念がん哲学外来カフェ開催. <https://www.twmu.ac.jp/info-twmu/documents/news20161019.pdf> (2022年2月1日アクセス可能)

帝京大学医学部附属病院. がん相談支援室 (がん相談支援センター). <https://www.teikyo-hospital.jp/hospital/section/cancer/soudan.html> (2022年2月1日アクセス可能)

帝京大学医学部附属病院 (2020) 第11回 がん情報サロン開催のお知らせ 開催日:2020年2月13日 (木). <https://www.teikyo-hospital.jp/general/news/2020/01081138.html> (2022年2月1日アクセス可能)

東京医科大学八王子医療センター (2019) がんサロンへのお誘い (他院かかりつけの方も参加できます).
[https://hachioji.tokyo-med.ac.jp/2019/11/21/がんサロンへのお誘い\(院外の方も参加できます/\)](https://hachioji.tokyo-med.ac.jp/2019/11/21/がんサロンへのお誘い(院外の方も参加できます/)) (2022年2月1日アクセス可能)

国立がん研究センター. 東海大学医学部附属八王子病院.
https://hospdb.ganjoho.jp/kyoten/detail/cancer/A13031?cf.cancer_type=8 (2022年2月1日アクセス可能)

東海大学医学部附属八王子病院. 患者支援センター (がん相談支援センター). <https://www.hachioji-hosp.tokai.ac.jp/sinryo-annai/kanjya-shien/> (2022年2月1日アクセス可能)

災害医療センター. がん患者・家族交流会. <https://saigai.hosp.go.jp/cooperate/gankouryu.html> (2022年2月1日アクセス可能)

災害医療センター (2019) 2019年度がん患者・家族かけはし交流会.
<https://saigai.hosp.go.jp/cooperate/pdf/kakehasikouryu2019.pdf> (2022年2月1日アクセス可能)

武蔵野赤十字病院. みんなで語ろう会がん患者サロン.
https://www.musashino.jrc.or.jp/introduction/_documents/17-018.pdf (2022年2月1日アクセス可能)

武蔵野赤十字病院. 患者さんご家族のサポート.
<https://www.musashinojrc-cancer.com/support.html#support5> (2022年2月1日アクセス可能)

杏林大学医学部付属病院 (2021) 杏林大学病院ニュース : 23, https://www.omori.med.tohoku.ac.jp/gansalon_20211201.pdf (2022年2月1日アクセス可能)

青梅市立総合病院. がん相談支援センター. https://www.mghp.ome.tokyo.jp/?page_id=75 (2022年2月1日アクセス可能)

青梅市立総合病院. がん患者サロン 青梅せせらぎ会.
https://www.mghp.ome.tokyo.jp/PDF/cancer_seseragi2201.pdf (2022年2月1日アクセス可能)

青梅市立総合病院 (2021) オストミーの会. https://www.mghp.ome.tokyo.jp/PDF/cancer_ostomy20211115.pdf
(2022年2月1日アクセス可能)

東京都立多摩総合医療センター. がん相談. <https://www.fuchuhp.fuchu.tokyo.jp/outpatient/consult/support/cancer/> (2022年2月1日アクセス可能)

東京都立多摩総合医療センター. 木洩れ日サロン. https://www.fuchuhp.fuchu.tokyo.jp/outpatient/consult/support/cancer/pdf/komorebi_202202.pdf (2022年2月1日アクセス可能)

国立がん研究センター. 公立昭和病院. <https://hospdb.ganjoho.jp/kyoten/detail/soudan/A13020> (2022年2月1日アクセス可能)

日本医科大学多摩永山病院. 3/25「がんサロン」開催します. https://www.nms.ac.jp/tama-h/news/_14044.html
(2022年2月1日アクセス可能)

日本医科大学多摩永山病院 (2018) 平成30年度 がんサロン開催のお知らせ. https://www.nms.ac.jp/tama-h/news/_9776.html (2022年2月1日アクセス可能)

三井記念病院 (2020) がん患者さんご家族の交流の場「オンライン!いずみサロン」開催のご案内.
<https://www.mitsuihosp.or.jp/news/202009/> (2022年2月1日アクセス可能)

順天堂大学医学部附属練馬病院. 患者・家族ミニレクチャー&交流会. https://hosp-nerima.juntendo.ac.jp/clinic/cancer/consultation/support_prog.html (2022年2月1日アクセス可能)

東京都福祉保健局. 順天堂大学医学部附属練馬病院.
https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/gan_portal/hospital/class/nintei/juntendou_nerima.html#cms49C4A (2022年2月1日アクセス可能)

東京慈恵会医科大学附属病院. 腫瘍センター. <https://www.hosp.jikei.ac.jp/diagnosis/department/405.html>
(2022年2月1日アクセス可能)

東京慈恵会医科大学附属病院第三病院 がん診療センター. がん相談支援センター.
http://www.jikei.ac.jp/hospital/daisan/cancer_center/soudan.html (2022年2月1日アクセス可能)

東京通信病院. がんサロン「語りあいの会」のおしらせ.

https://www.hospital.japanpost.jp/tokyo/gan/gan_shien/salon.html (2022年2月1日アクセス可能)

東京都済生会中央病院. がんサポートサロン/はなみずき. <https://www.saichu.jp/good-life/patient-club/hanamizuki/> (2022年2月1日アクセス可能)

東京新宿メディカルセンター. 東京都がん診療連携拠点病院. <https://shinjuku.jcho.go.jp/東京都がん診療連携拠点病院/?tab=1#support> (2022年2月1日アクセス可能)

複十字病院 (2017) 複十字病院乳がん患者の会「秋桜の会」が開催されました.

<https://www.fukujuji.org/blog/2983/> (2022年2月1日アクセス可能)

公益財団法人 東京都保健医療公社 多摩北部医療センター (2020) たまほく〜グリーンサロン〜.

http://tamahoku-hp.jp/wpn/wp-content/uploads/2020/08/グリーンサロン_20201030.pdf (2022年2月1日アクセス可能)

公益財団法人 東京都保健医療公社 多摩北部医療センター. たまほく〜グリーンサロン〜. <http://tamahoku-hp.jp/たまほく〜グリーンサロン〜> (2022年2月1日アクセス可能)

公益財団法人東京都保健医療公社 東部地域病院 (2020) 東部地域病院だより: 令和2年12月号,

http://www.tobu-hp.or.jp/media/magazine_202012.pdf (2022年2月1日アクセス可能)

公益財団法人東京都保健医療公社 東部地域病院 (2021) 今年度 初回のがんサロンを開催しました.

http://www.tobu-hp.or.jp/media/20210713_burogu_gannaron.pdf (2022年2月1日アクセス可能)

公立学校共済組合 関東中央病院. 乳がん患者さん向けサロン“クローバー”. <https://www.kanto-ctr-hsp.com/patient/salon/index.html> (2022年2月1日アクセス可能)

公立学校共済組合 関東中央病院. 乳がん患者さん向け「クローバーサロン」WEB 開催のご案内.

<https://www.kanto-ctr-hsp.com/patient/salon/index.html> (2022年2月1日アクセス可能)

国際医療福祉大学三田病院. がんサロン和み. <https://mita.iuhw.ac.jp/pdf/topics/2017/20170909.pdf> (2022年2月1日アクセス可能)

国際医療福祉大学三田病院 (2019) 2019年度 第1回 がんサロン.

<https://mita.iuhw.ac.jp/pdf/topics/2019/20190724.pdf> (2022年2月1日アクセス可能)

国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院. 患者教室の紹介.

<https://www.ncc.go.jp/jp/ncch/division/support/020/index.html> (2022年2月1日アクセス可能)

国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院. AYA ひろば.

<https://www.ncc.go.jp/jp/ncch/AYA/060/index.html> (2022年2月1日アクセス可能)

国立成育医療研究センター小児がん患者 家族の会 あすなろクラブ. <https://asunaloclub.com> (2022年2月1日アクセス可能)

ドレミファクラブ. イベント活動. <http://www.doremifaclub.com/fclub.html> (2022年2月1日アクセス可能)

国立成育医療研究センター. 子どもと家族への支援. <https://www.ncchd.go.jp/hospital/support/index.html> (2022年2月1日アクセス可能)

東大和病院. がん患者・家族交流会「たんぽぽの会」のご案内.

<https://www.yamatokai.or.jp/higasiyamato/guide/cancer/tanpopo.html> (2022年2月1日アクセス可能)

江戸川病院. 当院で乳がん治療を行っている患者様限定オンラインサロン開催.

<https://www.edogawa.or.jp/topic/81/detail> (2022年2月1日アクセス可能)

江戸川病院. 江戸川病院 がん患者会「サロン土手」. <https://www.edogawa.or.jp/江戸川病院について/サロン土手> (2022年2月1日アクセス可能)

NPO 法人ブーゲンビリア. <http://buugenvilia.com> (2022年2月1日アクセス可能)

東京西徳洲会病院. 乳腺腫瘍センター (乳腺腫瘍科). <https://www.tokyonishi-hp.or.jp/section/breast/> (2022年2月1日アクセス可能)

日本大学医学部附属板橋病院. 小児がん患者の遊びの場 (プレイルーム等) や AYA 世代の交流・勉強の場, 患者家族が語り合うための場について. https://www.itabashi.med.nihon-u.ac.jp/document/cancer/aya/aya_06.pdf (2022年2月1日アクセス可能)

日本大学医学部附属板橋病院. 小児および AYA 世代のがん医療について.

<https://www.itabashi.med.nihon-u.ac.jp/cancer/aya> (2022年2月1日アクセス可能)

国家公務員共済組合連合会 東京共済病院. 乳がん相談支援センター.

<https://www.tkh.meguro.tokyo.jp/patient/gansoudan/> (2022年2月1日アクセス可能)

聖ヶ丘病院. 聖ヶ丘病院がんサロン. <https://www.hijirigaoka.or.jp/info/1362.html> (2022年2月1日アクセス可能)

東京臨海病院. がん患者サロンのご案内. <http://www.tokyorinkai.jp/practice/saloon.html> (2022年2月1日アクセス可能)

東部地域病院. がんサロン開催. <http://www.tobu-hp.or.jp/sp/nursing-blog/2020burogu/2020iinnkai/> (2022年2月1日アクセス可能)

東部地域病院. がんサロン情報. <http://www.tobu-hp.or.jp/media/20211224knanngoburogu1127.pdf> (2022年2月1日アクセス可能)

がんサロン おしゃべりバティー. <http://arteryex.biz/wordpress/> (2022年2月1日アクセス可能)

がんサロン おしゃべりパーティー (2021) イベント開催のお知らせ. <http://arteryex.biz/wordpress/2021/12/10/>
イベント開催のお知らせ/ (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

特定非営利活動法人すみだ在宅ホスピス緩和ケア連絡会あこも. がんサロン SAKURA.

<https://www.facebook.com/sumidaacomo/> (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

特定非営利活動法人 (NPO 法人) ハローライフ. がんサロン情報. <https://halo-life.org> (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

GoodMorning. 西多摩地区でがん患者サロン「ハローライフカフェ」を定期的開催したい. <https://camp-fire.jp/projects/view/155654> (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

QLife. 「がん患者団体支援機構」がん体験者だからできる、患者さんに寄り添う活動.

<https://cancer.qlife.jp/pn/pn001/article4267.html> (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

特定非営利活動法人 がん患者団体支援機構. 都立駒込病院.

https://canps.jp/peer_support/peer_salon/komagome_hospital/ (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

特定非営利活動法人 がん患者団体支援機構. 武蔵野赤十字病院.

https://canps.jp/peer_support/peer_salon/musashino_hospital/ (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

特定非営利活動法人 がん患者団体支援機構. 東京医科歯科大学病院.

https://canps.jp/peer_support/peer_salon/tmd_hospital/ (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

世田谷区立男女共同参画センターらぷらす. 女性のためのからだところサロン. <http://www.laplace-setagaya.net/event/411/> (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

神奈川

神奈川県 (2021) がんサポートハンドブック 地域の療養情報 かながわ. pp.2-7, 29-31.

神奈川県がん診療連携拠点病院 相談支援部会 (2021) 2020 年度 がん診療連携拠点病院・指定病院「患者サロン」の開催状況一覧 (2021 年 3 月現在).

<https://www.pref.kanagawa.jp/docs/nf5/ganntaisaku/kyousei/kanjyakai.html> (2021 年 12 月 28 日アクセス可能)

新潟

新潟県がん診療連携協議会情報連携部会・新潟県福祉保健部医務薬事課 (2021) がんサポートハンドブック. pp.1, 17-19.

厚生労働省 (2021) がん診療連携拠点病院等の指定について (令和3年3月30日).

<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000761134.pdf> (2022年3月16日アクセス可能)

厚生労働省 (2021) がん診療連携拠点病院等一覧表 (令和3年8月1日現在).

<https://www.mhlw.go.jp/content/000616849.pdf> (2022年3月16日アクセス可能)

富山

富山県がん診療連携協議会・がん相談支援部門 (2021) がん情報とやま. pp.37-44.

富山県 (2021) 富山県のがん診療連携拠点病院等 (2021年4月1日).

<https://www.pref.toyama.jp/120501/kurashi/kenkou/iryuu/kj00006091/kj00006091-001-01.html> (2022年3月16日アクセス可能)

石川

石川県・石川県がん診療連携協議会 (2020) いしかわのがんサポートBOOK. pp.6-7, 16-21.

福井

福井県がん診療連携協議会 (2020) がん情報ふくい. pp.8-29, 45-47.

福井県 (2021) 国指定のがん診療連携拠点病院等について (2021年7月6日).

<https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/kenkou/kyoten.html> (2022年3月18日アクセス可能)

山梨

山梨県がん診療連携拠点病院連絡協議会 (2021) 山梨県がんサポートブック. pp.1, 17-18.

長野

長野県がん診療連携協議会情報連携部会 (2021) がんとうき合うために -信州のがん療養情報-. pp.1, 14-22.

岐阜

岐阜県がん情報センター (2021) ぎふ・療養サポートブック. pp.3, 29-31, 45-47.

岐阜県 (2020) がん診療連携拠点病院の役割 (2020年5月21日).

<https://www.pref.gifu.lg.jp/page/2196.html> (2022年3月16日アクセス可能)

静岡

静岡県 (2020) 静岡県のがん医療体制 (令和2年5月15日). <https://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-420a/cancer/kyotentou.html> (2022年2月1日アクセス可能)

静岡県 (2022) 静岡県のがん対策 (令和4年2月25日). <https://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-420a/cancer/index.html> (2022年3月18日アクセス可能)

静岡県立 静岡がんセンター. 患者サロン「やまなみ」. <https://www.scchr.jp/patientsalon/index.html> (2022年2月1日アクセス可能)

順天堂大学医学部附属静岡病院. がん相談支援 がん患者・家族サロン. <https://www.hosp-shizuoka.juntendo.ac.jp/department/cancer/support/> (2022年2月1日アクセス可能)

静岡県立総合病院. がん患者サロン「すまいる」. http://www.shizuoka-pho.jp/sogo/topics/26_54d9aa3ff382f/index.html (2022年2月1日アクセス可能)

静岡県立総合病院. メディカルカフェ. http://www.shizuoka-pho.jp/sogo/cancer/12_57fc68f321841/12_57fc53e9ada2/index.html (2022年2月1日アクセス可能)

静岡県立総合病院 (2019) メディカルカフェ 第12回. http://www.shizuoka-pho.jp/sogo/cancer/12_57fc68f321841/12_57fc53e9ada2/12/index.html (2022年2月1日アクセス可能)

静岡市立静岡病院. がん患者サロン「葵」のご案内.
<https://www.shizuokahospital.jp/guidance/consultation/cans/salon-aoi/> (2022年2月1日アクセス可能)

藤枝市立総合病院 (2020) 当院は、「地域がん診療連携拠点病院 (高度型)」に指定されています 5.普及啓発, 情報提供活動 (1) 患者サロン.

https://www.hospital.fujieda.shizuoka.jp/about/institution_designation/ganshinryourenkei.html (2022年2月1日アクセス可能)

磐田市立総合病院. がん相談支援センター がんサロン“なごみ”.

<https://www.hospital.iwata.shizuoka.jp/sp/detail/page/1323> (2022年2月1日アクセス可能)

聖隷三方原病院. 患者さんのおしゃべり会「じゃがいも」.

http://www.seirei.or.jp/mikatahara/activity/cancer/jagaimo_5ff6973354dfc/index.html (2022年2月1日アクセス可能)

聖隷浜松病院. がん患者さん・ご家族のための学びと語りの会. http://www.shizuoka-pho.jp/sogo/topics/26_54d9aa3ff382f/index.html (2022年2月1日アクセス可能)

聖隷浜松病院 (2019) がんて人生一休みしている「働く世代, 子育て世代の人が集う患者サロン いっきゅう.com」開催のお知らせ (2019 年度開催). http://www.seirei.or.jp/hamamatsu/news/20190402-202003_2/index.html (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

浜松医科大学医学部附属病院. がん患者サロン「がんサロン ワルツ」. [https://www.hama-med.ac.jp/files/病院トップページ—施設案内—腫瘍センター—がん相談支援センター\(がんサロンワルツのご案内\)がんサロンワルツ・HP.pdf](https://www.hama-med.ac.jp/files/病院トップページ—施設案内—腫瘍センター—がん相談支援センター(がんサロンワルツのご案内)がんサロンワルツ・HP.pdf) (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

浜松医療センター (2021) がんサロン「ひなたぼっこ」. <https://www.hmedc.or.jp/news/salon-20211202/> (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

浜松医療センター. がんサロン「ひなたぼっこ」. <https://www.hmedc.or.jp/media/satgs.pdf> (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

国立がん研究センター. 国際医療福祉大学熱海病院. https://hospdb.ganjoho.jp/kyoten/detail/cancer/A22012?cf_cancer_type=3 (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

富士市立中央病院. がん患者サロン「ひだまり」について. <http://byoin.city.fuji.shizuoka.jp/annai/torikumi/gan/saron.html> (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

静岡赤十字病院 (2017) 日赤 News : 343, <https://www.shizuoka-med.jrc.or.jp/about/magazine/file/644/343.pdf> (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

静岡赤十字病院 (2020) 新型コロナウイルス感染症の予防対策に伴う当院開催の教室・病院見学等中止のお知らせ. <https://www.shizuoka-med.jrc.or.jp/news/patient/2020/00069/> (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

静岡済生会総合病院. 済生会のがんトータルケア. <https://shizuoka-saiseikai.jp/department/center/cancer/> (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

焼津市立総合病院. 診療科 点滴治療センター がんよろず相談のご案内. <https://www.hospital.yaizu.shizuoka.jp/section/shinryoka/tenteki/index.html> (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

島田市立総合医療センター. しまだがん患者サロン. <https://www.hospital.yaizu.shizuoka.jp/section/shinryoka/tenteki/index.html> (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

中東遠総合医療センター. がん患者サロン めくもり. https://www.chutoen-hp.shizuoka.jp/media/0308_nukumori.pdf (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

中東遠総合医療センター. 病院だより きんもくせい. <https://www.chutoen-hp.shizuoka.jp/media/kinmokusei60.pdf> (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

厚生労働省 (2021) がん診療連携拠点病院等の指定について (令和3年3月30日).

<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000761134.pdf> (2022年3月16日アクセス可能)

厚生労働省 (2021) がん診療連携拠点病院等一覧表 (令和3年8月1日現在).

<https://www.mhlw.go.jp/content/000616849.pdf> (2022年3月16日アクセス可能)

愛知

愛知県保健医療局健康医務部健康対策課 (2021) あいちのがんサポートブック. pp.5, 10-14.

三重

三重県がん相談支援センター (2021) 三重県の療養情報 ～がんと向き合うために～. pp.9-10, 40-43.

滋賀

滋賀県がん診療連携協議会 (2021) 滋賀の療養情報 -がんになっても安心して暮らせるように-. pp.7, 24-26.

京都

京都府がん対策推進府民会議情報提供充実対策部会 (2021) がん患者・家族のための京都府がん情報ガイド. pp.2-3, 39-44.

大阪

大阪府がん診療連携協議会 相談支援センター部会 (2021) おおさかがんサポートブック 第2.5版. p.33.

大阪府 健康医療部 健康推進室 健康づくり課・大阪府がん診療連携協議会 相談支援センター部会 (2021) おおさかがんサポートブック 別冊. pp.15-29, 30-42.

大阪府 (2022) 大阪府内のがん診療拠点病院一覧 (令和4年2月24日).

https://www.pref.osaka.lg.jp/kenkozukuri/osaka_gan-portal/kyotenlist.html (2022年3月18日アクセス可能)

兵庫

兵庫県 (2017) 兵庫県がんサポートブック. pp.2-4, 7-10.

兵庫県 (2022) がん診療連携拠点病院 (2022年3月16日).

https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/hw12_000000141.html (2022年3月18日アクセス可能)

奈良

奈良県福祉医療部医療政策局疾病対策課 (2018) がん患者さんのための療養ガイド 第3版. pp.2, 29, 30, 33-34.

奈良県. 奈良県内のがん診療連携拠点病院. https://www.naramed-u.ac.jp/~cancer/nara_cancer/index.html
(2022年3月18日アクセス可能)

和歌山

和歌山県福祉保健部健康局健康推進課 (2019) 患者サロン一覧 (令和元年9月1日現在).

https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/041200/h_sippeigannet/01/05_d/fil/20190901_gansalon.pdf (2022年3月18日アクセス可能)

和歌山県. 県内のがん診療連携拠点病院等.

https://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/041200/h_sippeigannet/01/03.html (2022年3月18日アクセス可能)

鳥取

鳥取県健康対策協議会 (2012) がん患者さんのための地域の療養情報サポートブック. pp.3, 13.

島根

島根県健康福祉部健康推進課がん対策推進室 (2017) しまねのがんサポートブック. pp.13-14, 36-39.

厚生労働省 (2021) がん診療連携拠点病院等の指定について (令和3年3月30日).

<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000761134.pdf> (2022年3月16日アクセス可能)

厚生労働省 (2021) がん診療連携拠点病院等一覧表 (令和3年8月1日現在).

<https://www.mhlw.go.jp/content/000616849.pdf> (2022年3月16日アクセス可能)

岡山

岡山県・岡山県がん診療連携協議会 (2019) 岡山県がんサポートガイド. pp.13, 37-46.

広島

広島県健康福祉局がん対策課 (2020) がん患者さんと家族のためのサポートブックひろしま. pp.10, 44-45.

山口

山口県健康福祉部医療政策課 (2020) 山口県がん患者サポートブック がんと仕事とお金第3版. p.40.

山口県. がんサロン一覧 (各がん診療連携拠点病院等).

<https://www.pref.yamaguchi.lg.jp/cmsdata/1/4/e/14eaba3bfb3e03dc847edc47ed8af193.pdf> (2021年12月1日アクセス可能)

徳島

徳島県がんセンター. 患者・家族会 がんサロン. <https://www.toku-gantaisaku.jp/topics/salon.html> (2022年3月18日アクセス可能)

徳島県. 徳島県におけるがん診療連携拠点病院等とがん種別専門診療医療機関・標準診療医療機関.

<https://www.pref.tokushima.lg.jp/ippanokata/kenko/kenko/2015041000115> (2022年3月18日アクセス可能)

香川

香川県 (2020) がん患者必読かがわ地域の療養情報. pp.2, 17-18.

香川県. がん患者支援. <https://www.pref.kagawa.lg.jp/kenkosomu/yobou/cancer/oshirase.html> (2021年12月1日アクセス可能)

愛媛

愛媛県がん診療連携協議会 (2019) がんサポートブックえひめ. pp.3, 13-15.

高知

高知県健康政策部健康対策課 (2021) 高知県版がんサポートブック 第6版. pp.1, 13.

福岡

福岡県 (2021) がん患者会・支援団体・がんサロン (2021年10月18日更新).

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/gankanjakaijouhou.html> (2021年12月1日アクセス可能)

福岡県 (2022) がん拠点病院に関する情報ページ (2022年1月31日).

<https://www.pref.fukuoka.lg.jp/contents/ganshinryourenkeikyotenbyouinnikansurujouhoupeji.html> (2022年3月18日アクセス可能)

佐賀

佐賀県 健康福祉部 健康増進課 がん撲滅特別対策室 (2018) 相談窓口・サロン (平成 30 年 4 月現在) .

https://www.ganportal-saga.jp/salon/sanai_plaza (2021 年 12 月 1 日アクセス可能)

佐賀県. さがん情報. https://www.ganportal-saga.jp/files/uploads/さがん情報_1.pdf (2021 年 12 月 1 日アクセス可能)

佐賀県のがん情報サイトがんポータルさが (2018) 佐賀県内のがん患者団体等活動一覧 (平成 30 年 4 月現在) . <https://www.ganportal-saga.jp/files/uploads/佐賀県のがん患者団体等活動一覧.pdf> (2021 年 12 月 1 日アクセス可能)

佐賀県のがん情報サイトがんポータルさが. がん診療連携拠点病院. <https://www.ganportal-saga.jp/himat/kyoten> (2022 年 3 月 18 日アクセス可能)

長崎

長崎県がん診療連携協議会相談支援ワーキンググループ (2020) がんと向き合う サポートブック長崎 ～あなたに伝えたいこと～. pp.52-58, 82-84.

厚生労働省 (2021) がん診療連携拠点病院等の指定について (令和 3 年 3 月 30 日) .

<https://www.mhlw.go.jp/content/10901000/000761134.pdf> (2022 年 3 月 16 日アクセス可能)

厚生労働省 (2021) がん診療連携拠点病院等一覧表 (令和 3 年 8 月 1 日現在) .

<https://www.mhlw.go.jp/content/000616849.pdf> (2022 年 3 月 16 日アクセス可能)

熊本

熊本県がん診療連携協議会幹事会 (2021) 熊本県版がん情報冊子 第 4 版. pp.9-10, 100-103.

がんサロンネットワーク熊本 (2017) がんサロン一覧. [https://www2.kuh.kumamoto-](https://www2.kuh.kumamoto-u.ac.jp/Canconsultation/salon/images/がんサロン一覧表H29.1.17現在.pdf)

[u.ac.jp/Canconsultation/salon/images/がんサロン一覧表H29.1.17現在.pdf](https://www2.kuh.kumamoto-u.ac.jp/Canconsultation/salon/images/がんサロン一覧表H29.1.17現在.pdf) (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

公益財団法人肥後医育振興会 (2013) あれんじ : 2013 年 11 月 2 日号.

<https://www.119higo.com/arrange/syosai.php?kiji=185> (2022 年 2 月 1 日アクセス可能)

大分

大分県福祉保健部健康づくり支援課 (2020) おおいのがんサポートブック. pp.5-6, 32-39.

大分県 (2021) がん対策(2021年10月12日). <https://www.pref.oita.jp/site/498/gansoudan.html> (2022年3月18日アクセス可能)

宮崎

宮崎県. みやざきのがん情報. <http://www.pref.miyazaki.lg.jp/kenkozoshin/kenko/hoken/index-05.html> (2021年1月12日アクセス可能)

国立がん研究センターがん情報サービス. 宮崎県立宮崎病院.

https://hospdb.ganjocho.jp/kyoten/detail/cancer/A45001?cf_cancer_type=22 (2022年2月1日アクセス可能)

宮崎県立延岡病院 (2019) 県内延岡病院オンコロジーおしゃべりサロン. <https://nobeoka-kenbyo.jp/control-nobekenbyo/wp-content/uploads/2019/09/3aaf761201e391a0510706d318232021.pdf> (2022年2月1日アクセス可能)

都城医療センター. おしゃべりがんサロン「ルピナスの会」.

https://miyakonojo.hosp.go.jp/guide_for_patients/exchangemeeting/kij000946.html (2022年2月1日アクセス可能)

宮崎大学医学部病院がんセンター. がんサロン「ひなた」. <http://www.med.miyazaki-u.ac.jp/home/kanjashien/cancer-salon/> (2022年2月1日アクセス可能)

宮崎県大学医学部附属病院. 宮崎県がん診療連携拠点病院. <http://www.med.miyazaki-u.ac.jp/home/gankyoten/base-hospital/> (2022年3月18日アクセス可能)

鹿児島

鹿児島県がん診療連携協議会がん相談支援部門会 (2018) かがしまがんサポートブック. pp.23, 30-33.

鹿児島県くらし保健福祉部健康増進課. 鹿児島県のがん患者会一覧.

<https://www.pref.kagoshima.jp/ae06/gankanzyakai.html> (2021年12月1日アクセス可能)

沖縄

沖縄県 (2021) おきなわがんサポートハンドブック. pp.23, 38-45

うちな〜がんネットがんじゅう. 患者サロン. <https://www.okican.jp/patients/salon/> (2021年12月1日アクセス可能)

【附録5】表2-3 がん対策基本法成立前後の島根県のがん対策とがんサロンの関連 参考資料一覧

表2-3「がん対策基本法成立前後（2003年から2008年まで）の島根県のがん対策とがんサロンの関連」は下記の資料とインタビュー調査から作成した。

出雲市（2007）出雲市がん撲滅対策推進条例。

<https://www.city.izumo.shimane.jp/reiki/act/frame/frame110000537.htm>（2022年9月1日アクセス可能）

出雲市議会（2007）平成19年 平成18年度第4回定例会（第1号2月20日）。

[http://www.kensakusystem.jp/izumo-c/cgi-](http://www.kensakusystem.jp/izumo-c/cgi-bin3/ResultFrame.exe?Code=lfaiue98ij23fklabm&fileName=H190220A&startPos=0)

[bin3/ResultFrame.exe?Code=lfaiue98ij23fklabm&fileName=H190220A&startPos=0](http://www.kensakusystem.jp/izumo-c/cgi-bin3/ResultFrame.exe?Code=lfaiue98ij23fklabm&fileName=H190220A&startPos=0)（2022年9月1日アクセス可能）

一般財団法人 地方自治研究機構（2022）がん対策に関する条例。

http://www.rilg.or.jp/htdocs/img/reiki/047_cancer_measures.htm（2022年9月1日アクセス可能）

一般財団法人 医療の質・安全学会（2021）島根県における「がんサロン」の活動。新しい医療のかたち賞。

2007-2015, p.5. https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=79aa8258&dataType=0&pageNo=1（2022年9月1日アクセス可能）

厚生労働省（2005）「がん医療水準均てん化の促進に関する検討会」への要望書。

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/03/dl/s0329-10e2.pdf>（2022年9月1日アクセス可能）

佐々木雄三（2003）「抗がん剤治療専門医の育成等」に関する意見書。 <https://www.izumo.ne.jp/sasaki-yuzo/sub91.html>（2022年9月1日アクセス可能）

島根県（2008）がん医療の充実強化について。

<https://www.pref.shimane.lg.jp/admin/seisaku/housin/jyuuten/h20-jyuutenn.data/100.pdf>（2022年9月1日アクセス可能）

島根県（2010）県内がん患者団体等名簿（平成22年7月1日現在）。

島根県（2018）島根県がん対策推進計画（平成30年3月）。

<https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kenko/gan/gantaisakusuishinkeikaku.data/2gankeikaku2018.pdf>（2022年9月1日アクセス可能）

田龍一・武宮健司（2015）がんサロンの全国的運営状況および島根県における運営・活動実態に関する事例研究。日本建築学会学術報告書：21(47), pp.259-264.

特定非営利活動法人 がん患者団体支援機構 (2005) 第1回がん患者大集会.

<https://canps.jp/meeting/2005/main.htm> (2022年9月1日アクセス可能)

富田明人 (2014) がん情報サロンボード.

<https://www.pref.shimane.lg.jp/medical/kenko/kenko/gan/gansalon/ganjouhousaron.data/h26.pdf?site=sp>
(2022年9月1日アクセス可能)

中谷俊彦・小豆澤伸司・齊藤洋司 (2011) がん医療と緩和ケアに対する島根県と島根大学の取り組み. ホスピス・緩和ケア白書 2011, pp.72-76.

https://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyo_2011/2011_9_4.pdf (2022年9月1日アクセス可能)

埴岡健一 (2007) 患者の想いは日本一 -「患者サロン」で悩みを受け止め.

<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/cancernavi/report/200707/100082.html> (2022年9月1日アクセス可能)

福島安紀 (2009) 全国がんサロン交流会開催 (下) サロン 22カ所, 募金 6億超を実現した島根の秘密.

<https://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/all/cancernavi/report/200910/100374.html> (2022年9月1日アクセス可能)

ヘルスサイエンスセンター島根. がん対策募金の概要. <https://www.hsc-shimane.jp/gan-taisakubokin/589/>
(2022年9月1日アクセス可能)

ヘルスサイエンスセンター島根 (2017) (旧) がん対策募金の状況について 平成19年度～21年度「旧がん対策募金」集計. <https://www.hsc-shimane.jp/files/original/201704261254010378808.pdf> (2022年9月1日アクセス可能)

ほっとサロン (2009) 第1回全国がんサロン交流会 in 島根 開催!. ほっとサロン: 35.

https://www.med.shimane-u.ac.jp/files/00005210/hot_tayori0910.pdf (2022年9月1日アクセス可能)

【新聞】

がんサロン発症の地 島根で今秋全国大会 9月21日出雲. 山陰中央新報. 2009-06-1, 朝刊, 出雲版, p.21.

島根県議会 がん撲滅宣言を可決 県は受診体制充実検討. 山陰中央新報. 2009-09-30, 朝刊, 出雲版, p.23.

【テレビ番組】

テレレポート山陰 : 夫の遺志を受け継ぎがん患者サロン開設. BSS 山陰放送, 2006-04-6. (テレビ番組)

テレレポート山陰 : がん医療を患者中心に. BSS 山陰放送, 2006-02-21. (テレビ番組)

テレレポート山陰 : 病院が協力ががん患者がサロン開設. BSS 山陰放送, 2006-03-15. (テレビ番組)

謝辞

本論文を執筆するにあたり、これまで多くの皆様方にご指導を賜りました。

調査研究や執筆にあたり、快く協力し配慮を賜り、見守りかつ応援して下さいました皆様方に深く感謝申し上げます。

長年の参与観察調査、アンケート調査にご協力いただきました島根県全域の患者主導型がんサロンの参加者の皆様に感謝を申し上げます。

日本のがん対策を先導した先人の言動は「命のバトン」と言われ、島根県や全国のがん患者やがん対策推進に携わる人々に今も継承されています。その軌跡を記録し、後世に残し、次世代に受け継ぎたい。そのような思いや使命を筆者と島根県のがんサロンの世話役の方々と共有しながら、研究を進め、約 10 年の歳月が過ぎました。この間、世話役、ご遺族、また関係者の皆様方は研究に貴重な示唆を与えて下さいました。心より御礼申し上げます。

今回、本論文には記述することはできなかったがんサロン参加者、関係する医療・保健・福祉・介護職、県・市町村行政職、マスメディア関係者、その他調査や資料提供にご協力いただきました皆様方、本当にありがとうございました。

本研究にあたってたくさんの方々のご支援とお力添えを賜りましたこと、ここに深く感謝の意を表します。

最後に、ようやくここまで辿り着くことができたのは、長年にわたる学生生活と仕事の両立を理解し支え続けてくれた夫、息子たち、父母、友人や研究者なかまたちのおかげです。心から感謝いたします。